

Voksen i år 2000 (VITT): 2017

KJÆRE DELTAKER!

Det er flere år siden sist du mottok et spørreskjema fra VITT, og vi er svært takknemlige om du kan ta deg tid til å besvare dette skjemaet. Det gjelder også om du ikke har deltatt på lenge. Du er nå omtrent like gammel som dine foreldre var da VITT startet opp i 1990, og vi har inkludert flere av spørsmålene som ble stilt til dem den gangen. Dine svar nå vil bidra til at vi kan få svar på mange og viktige spørsmål om hvordan helse og trivsel henger sammen med opplevelser i oppveksten, og ikke minst hvilken betydning foreldres helsevaner, oppdragerstil og utdanning har. Jo flere som deltar denne gangen, jo større verdi vil prosjektet få og jo sikrere vil resultatene vi kommer fram til bli.

Som tidligere behandles all informasjon strengt konfidensielt.

Husk at du er hjertelig velkommen til å ringe dersom du har kommentarer eller spørsmål, eller du synes at spørsmålene har gjort det vanskelig for deg. Telefonnummeret er: 55 58 28 08 og spør etter Bente Wold. Om hun ikke er til stede, legger du igjen beskjed, og du vil bli ringt tilbake.

TUSEN TAKK FOR HJELPEN!

Professor Bente Wold
prosjektleder

Er du mann eller kvinne?

Mann

Kvinne

Velg fødselsdag (dato).

1

2

3

4

5

6

7

8

- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31

Velg fødselsmåned.

- Januar
- Februar
- Mars
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Desember

Velg fødselsår.

- 1975
- 1976
- 1977
- 1978

1979

1980

Hvor høy er du? Oppgi svaret i centimeter.

Hvor mye veier du? Oppgi svaret i kilo.

Hvem bor du sammen med nå?

Bor alene

Bor sammen med venner

Bor sammen med ektefelle/samboer

Bor sammen med andre: _____

Hvilken sivil status har du?

Jeg er gift eller samboende

Jeg er skilt eller separert

Enslig

Annet: _____

Har du barn?

Ja

Nei

Hva er barnas fødselsår?

Skriv fødselsår i feltet

Barn 1 (eldst) _____

Barn 2 _____

Barn 3 _____

Barn 4 _____

Barn 5 _____

Hva var din samlede årsinntekt i 2016 (brutto)?

Mindre enn 100 000

100 - 199 000

200 - 299 000

300 - 399 000

400 - 499 000

500 - 599 000

600 - 699 000

700 - 799 000

800 - 899 000

900 000 eller mer

Hvor mye lån har du? (Dersom du har lån sammen med andre, beregn ca. hvor stor andel og hvor mye som gjelder for din person.)

Mindre enn 100 000

100 - 299 000

300 - 599 000

600 - 899 000

900 000 - 1,2 millioner

1,3 - 1,6 millioner

1,7 - 2 millioner

2,1 - 2,4 millioner

2,5 - 2,9 millioner

3 millioner eller mer

Hva er din nåværende yrkesmessige situasjon? (Du kan velge flere.)

I inntektsgivende arbeid (minst 30 timer i uken)

Deltidsarbeidende (mindre enn 30 timer i uken)

I permisjon

Arbeidsløs/på tiltak/arbeidssøkende

Hjemmeværende

Annet

Hva slags arbeid har du? Prøv å skrive så nøyaktig som du kan hva du arbeider med, for eksempel industriarbeider, lærer, ingeniør, it-konsulent, sekretær osv..

Hvordan er arbeidssituasjonen din i dag? (Sett eventuelt flere kryss og skriv %-andel):

I ordinært arbeid _____

Sykemeldt _____

På aktiv sykemelding _____

På rehabilitering _____

På attføring _____

Ufør _____

Ingen av de nevnte _____

Hva slags utdanning har du gjennomført?

Ingen utdanning etter niårig grunnskole

1 - 2 år på videregående skole

- 3 år på videregående skole
- Høgskole eller universitet, mindre enn 4 år
- Høgskole eller universitet, 4 år eller mer
- Annet: _____

Hvordan liker du deg der du jobber nå for tiden?

- Liker meg veldig godt
- Liker meg ganske godt
- Liker meg ikke særlig godt
- Liker meg ikke i det hele tatt

EGENVURDERING AV HELSE

Sammenlignet med andre på din alder, hvor god helse vil du si at du har?

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

Hvor ofte har du i løpet av de siste 3 månedene vært plaget av...?

	Svært ofte	Av og til	Sjelden eller aldri
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å sovne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verk i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i armer eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig matlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkjølelse eller sår hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg slapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaré eller løs mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du, eller har du hatt, følgende sykdommer?

	Ja	Nei
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revmatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bekhterevs sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På spørsmålet: Har du eller har du hatt følgende sykdommer, krysset du av for "annet". Hva mener du med annet?

Du har oppgitt å ha eller å ha hatt følgende sykdom(mer). Hvor gammel var du første gang du oppdaget sykdommen? Skriv alder med tall.

Hjerteinfarkt, alder første gang	_____
Angina, alder første gang	_____
Hjerneslag, alder første gang	_____
Diabetes, alder første gang	_____
Osteoporose, alder første gang	_____
Fibromyalgi, alder første gang	_____
Revmatisme, alder første gang	_____
Bekhterevs sykdom, alder første gang	_____
Kreft, alder første gang	_____
Epilepsi, alder første gang	_____
Angst, alder første gang	_____
Deprejon, alder første gang	_____

Om deg og din familie. Marker for hvor godt de følgende utsagnene stemmer for deg.

	Stemmer helt	Stemmer godt	Stemmer ganske godt	Stemmer noenlunde	Stemmer ikke særlig godt	Stemmer ikke i det hele tatt
Det er godt samhold i familien vår.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ofte nedfor (deprimert) uten helt å vite hvorfor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av og til synes jeg alt er så håpløst at jeg ikke har lyst til å foreta meg noe som helst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har det hyggelig sammen med foreldrene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes ikke jeg har noe å se frem til.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av og til er jeg så nedfor at jeg har mest lyst til å ligge i sengen hele dagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det er en god del ved utseendet mitt som jeg ønsker var annerledes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stort sett fornøyd med kroppen min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes livet mitt for det meste er ganske trist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg uten at jeg kan se noen egentlig grunn til det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stort sett fornøyd med utseendet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av og til har jeg hatt tanker om at livet mitt ikke er verdt å leve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en god del ved kroppen min som jeg skulle ønske var annerledes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATVANER

Vi er interessert i å få vite hvor ofte du vanligvis spiser/drikker hver av de følgende matvarene. Tenk på de siste 3 månedene:

	Flere ganger om dagen	1 gang om dagen	3 - 6 ganger i uken	1 - 2 ganger i uken	Sjelden eller aldri
Fersk frukt	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/cola med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/cola uten sukker (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade, søtsaker, snop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av en uke, hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene...?

	Hver dag	4-6 ganger i uken	1-3 ganger i uken	Sjelden eller aldri
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat/nistepakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger spiser du noe utenom disse måltidene?

- 3 eller flere ganger pr. dag
- 2 ganger pr. dag
- 1 gang pr. dag
- 4-6 ganger i uken
- 1-3 ganger i uken
- Sjelden eller aldri

Vil du si at du har bedre eller dårligere matvaner enn andre på din alder?

- Mye bedre
- Bedre
- Verken bedre eller dårligere
- Dårligere
- Mye dårligere

Har du forsøkt å slanke deg i løpet av det siste året (siste 12 månedene)?

- Ja, flere ganger
- Ja, en gang
- Nei

HVA SPISER DU? Nå kommer noen flere spørsmål om matvanene dine. Vi spør om dine spisevaner slik de vanligvis er. Kostholdet varierer fra dag til dag. Prøv derfor så godt du kan å gi et "gjennomsnitt" av dine spisevaner. Ha det siste året i tankene når du svarer. Der du er usikker, anslå svaret.

Hvor mye drikker/spiser du vanligvis av følgende matvarer pr. dag?

	Bruker ikke	Færre enn ett	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11+
Helmelk (søt og sur), glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt og sur), glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lett melk, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (søt og sur), glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange glass drikker du vanligvis av følgende i løpet av en uke?

	Bruker ikke	Færre enn ett	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11+
Appelsinjuice, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen frukt- eller grønnsaksjuice, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkerholdig leskedrikk (brus/saft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstig søtet leskedrikk (light brus/saft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øl, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rødvin, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitvin, glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin, likør o.l., dram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger spiser du vanligvis følgende matvarer i løpet av en uke?

	Bruker ikke	Færre enn ett	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11+
Kokte poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekte eller friterte poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisk frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk til middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålegg på brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost som pålegg og i retter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamintilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEKSUALITET

Har du noen gang hatt noen form for seksuelt samvær/opplevelser med personer av samme kjønn som deg selv etter at du ble 16 år?

- Nei
 Ja

Du svarte at du har hatt seksuelt samvær/opplevelser med personer av samme kjønn.

Hvor gammel var du første gang? (Skriv antall år.)

Hvor gammel var du siste gang? (Skriv antall år.)

Hvordan vil du i dag plassere deg selv på en skala fra heteroseksuell til homoseksuell?

- 1 = Heteroseksuell
 2
 3
 4
 5
 6
 7 = Homoseksuell

Føler du deg tiltrukket av personer av samme kjønn?

- I stor grad
 I noen grad
 En del
 I liten grad
 Ikke i det hele tatt

Føler du deg tiltrukket av personer av motsatt kjønn?

- I stor grad
 I noen grad
 En del
 I liten grad
 Ikke i det hele tatt

Føler du deg tiltrukket av personer av begge kjønn?

- I stor grad
- I noen grad
- En del
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

Har du hatt noen form for seksuelt samvær/opplevelser med personer av motsatt kjønn som deg selv etter at du ble 16 år?

- Nei
- Ja

Du svarte at du har hatt seksuelt samvær/opplevelser med personer av motsatt kjønn.

Hvor gammel var du første gang? (Skriv antall år.)

Hvor gammel var du siste gang? (Skriv antall år.)

Nå følger blant annet noen spørsmål om hvilke oppfatninger du har om lesbiske og homofile.

Hva er din generelle holdning overfor lesbiske jenter/kvinner?

- Svært positiv
- Positiv
- Litt positiv
- Litt negativ
- Negativ
- Svært negativ

Hva er din generelle holdning overfor homofile gutter/menn?

- Svært positiv
- Positiv
- Litt positiv
- Litt negativ
- Negativ
- Svært negativ

Hvor ofte har du kontakt (snakker med eller liknende) med en kvinne eller jente du vet lever som lesbisk?

- Bortimot daglig
- 2-5 ganger i uken
- 1 gang i uken
- 1-3 ganger i måneden

- Sjeldnere enn en gang i måneden
- Aldri

Hvor ofte har du kontakt (snakker med eller liknende) med en mann eller gutt du vet lever som homofil?

- Bortimot daglig
- 2-5 ganger i uken
- 1 gang i uken
- 1-3 ganger i måneden
- Sjeldnere enn en gang i måneden
- Aldri

Kjenner du en kvinne eller jente du vet lever som lesbisk?

- Kjenner svært godt
- Kjenner godt
- Kjenner ganske godt
- Kjenner litt
- Kjenner så vidt
- Kjenner ingen

Kjenner du en mann eller gutt du vet lever som homofil?

- Kjenner svært godt
- Kjenner godt
- Kjenner ganske godt
- Kjenner litt
- Kjenner så vidt
- Kjenner ingen

I hvilken grad mener du at det er i orden at to personer av samme kjønn lever sammen?

- I stor grad
- I noen grad
- En del
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

SØVNVANER

Når legger du deg vanligvis til å sove om kvelden når du skal på jobb/studie neste dag?

- kl. 22:00 eller tidligere
- kl. 22:30
- kl. 23:00

- kl. 23:30
- kl. 24:00
- kl. 00:30
- kl. 01:00 eller seinere

Når står du vanligvis opp når du skal på jobb/studie?

- kl. 06:00 eller tidligere
- kl. 06:30
- kl. 07:00
- kl. 07:30
- kl. 08:00
- kl. 08:30
- kl. 09:00 eller seinere

Under kommer det 6 spørsmål knyttet til søvn og tretthet. Vær vennlig å marker det alternativet (antall dager pr uke) som passer best for deg. 0 er ingen dager i løpet av en uke, 7 er alle dager i løpet av en uke. (Tenk på ukene i løpet av den siste måneden.)

	Antall dager pr. uke							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Hvor mange dager pr. uke har du brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn etter at lysene ble slukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange dager pr. uke har du vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange dager pr. uke har du våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du har ønsket uten å få sove igjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange dager pr. uke har du følt deg for lite uthvilt etter å ha sovet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange dager pr. uke har du vært så søvnig/trett at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange dager pr. uke har du vært misfornøyd med søvnen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELIGION

Dersom du tenker på ditt forhold til kristendommen (eller en annen religion du hører til), hvordan vil du plassere deg selv?

- 1 = Ikke troende
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 = Troende

Hvor ofte deltar du på religiøse møter, sammenkomster, forsamlinger el.?

- Daglig
- Ukentlig, men ikke daglig
- Månedlig, men ikke ukentlig
- Sjeldnere en månedlig
- Så godt som aldri
- Aldri

TANNHELSEN (Tenk tilbake på de tre siste månedene.)

Hvor ofte bruker du vanligvis disse hjelpemidlene:

	Flere ganger om dagen	2 ganger om dagen	1 gang om dagen	Flere ganger i uken, men ikke hver dag	Flere ganger i måneden, men ikke hver uke	Sjelden	Aldri
Tanntråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannbørste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RØYKING OG ANDRE RUSMIDLER

Har du noen gang røykt?

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

Hvor ofte røyker du nå?

- Hver dag
- Hver uke
- Sjeldnere enn en gang i uken
- Aldri

Hvor mange sigaretter røyker du vanligvis på en uke? (Skriv null dersom du ikke røyker.)

Hvor ofte bruker du snus?

- Hver dag
- Hver uke
- Sjeldnere enn en gang i uken
- Aldri

Hvor ofte bruker du hasj eller andre rusmidler?

- Hver dag
- Hver uke
- Sjeldnere enn en gang i uken

Aldri

Hvor ofte har du drukket alkohol (øl, vin eller brennevin) de siste 3 månedene? Regn med både de gangene du så vidt har smakt og de gangene du har drukket mer.

- 6-7 ganger i uken
- 4-5 ganger i uken
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- 2-3 ganger i måneden
- 1 gang i måneden
- 1-2 ganger siste 3 månedene
- Ikke smakt alkohol siste 3 månedene

Tenk tilbake på alkoholforbruket ditt de siste 3 månedene. Hvor mange "drinker" drakk du vanligvis da du drakk alkohol? (EN DRINK = en liten flaske pils (35 cl); EN DRINK = ett glass vin når du regner ca. 6 glass på en hel flaske; EN DRINK = en 4 cl drink brennevin - vi regner ca. 9 drinker på en halvflaske 40 % brennevin)

- Ikke smakt alkohol siste 3 måneder
- Mindre enn en drink
- 1 drink
- 2 drinker
- 3-4 drinker
- 5-6 drinker
- 7-8 drinker
- 9-10 drinker
- 11-12 drinker
- 13-14 drinker
- 15 eller flere drinker

Hvis du tenker spesielt på de siste 6 månedene, hvor mange ganger har du drukket så mye øl, vin eller brennevin at du tydelig har kjent deg beruset?

- Ingen ganger siste 6 måneder
- 1 gang
- 2-4 ganger
- 5-10 ganger
- 11-24 ganger
- 25-49 ganger
- 50 eller flere ganger

Hvordan er din generelle holdning til alkohol?

- Svært positiv
- Positiv

- Litt positiv
- Verken positiv eller negativ
- Litt negativ
- Negativ
- Svært negativ

FYSISK AKTIVITET

Hvor ofte driver du vanligvis med friluftsliv om sommeren? Friluftsliv om sommeren kan f.eks. være å gå tur, dra på badetur, dra på sykkel tur eller være ute og fiske.

- 4 ganger i uken eller oftere
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- Mindre enn 1 gang i uken
- Aldri

Hvor ofte driver du vanligvis med friluftsliv om vinteren? Friluftsliv om vinteren kan f.eks. være å gå tur, være på fisketur eller gå på ski.

- 4 ganger i uken eller oftere
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- Mindre enn 1 gang i uken
- Aldri

Utenom arbeidstid: Hvor ofte driver du med idrett eller mosjon så mye at du blir andpusten eller svett?

- Hver dag
- 4-6 ganger i uken
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- 1-3 ganger i måneden
- Mindre enn 1 gang i måneden
- Aldri

Utenom arbeidstid: Hvor mange timer i uken driver du med idrett eller mosjon så mye at du blir andpusten eller svett?

- 7 timer eller flere i uken
- Omtrent 4-6 timer i uken
- Omtrent 2-3 timer i uken
- Omtrent 1 time i uken
- Omtrent 1/2 time i uken
- Ingen

Er du medlem av et idrettslag eller en idrettsklubb?

- Ja
- Nei, men jeg har vært medlem før
- Nei, jeg har aldri vært medlem

Tenk på deg selv når du er femti år. Hvor mange ganger i uken tror du at du kommer til å drive med idrett eller mosjon så mye at du blir andpusten eller svett?

- Hver dag
- 4-6 ganger i uken
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- 1-3 ganger i måneden
- Mindre enn 1 gang i måneden
- Aldri

7. Hvor god form vil du si at du er i sammenlignet med andre på din alder?

- Bedre
- Litt bedre
- Stort sett lik andre på min alder
- Litt dårligere
- Dårligere

Nå følger mange ulike aktiviteter. Hvor ofte holder du på med noe av dette? Tenk på de siste 12 månedene.

	Flere ganger i uken	1 gang i uken	Mindre enn 1 gang i uken	Aldri
Turgåing (lufte hund, fjelltur og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå fort (i mer enn 10 minutter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hardt arbeid (bære planker etc., male hus, klippe plen e.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykling til/fra studie- evt. arbeidssted (i mer enn 10 min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogging alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogging sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aerobics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans, folkedans, ballett, jazzballett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftidretter som vektløfting eller styrkeløft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ball-aktiviteter (f.eks. basketball, volleyball, håndball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svømming, stup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykkeltrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badminton, tennis, bordtennis eller squash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seilbrett, seiling (om sommeren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skøyter, ishockey, bandy (om vinteren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpint, hopp (om vinteren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langrenn, skiskyting (om vinteren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsestudio/Treningscenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet som vi ikke har nevnt tidligere, skriv hva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du svarte at du holder på med "andre" aktiviteter. Hvilke?

LIVSSITUASJON

Tenk på din egen livssituasjon. Hvor enig eller uenig er du i disse utsagnene?

	Svært uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Svært enig
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"/>
Levekårene mine er utmerkede.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Så langt har jeg fått de verdifulle ting som jeg ønsker i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dersom jeg kunne 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"/>

TRIVSEL I JOBBEN

Nå kommer noen spørsmål om opplevelse av egen arbeidssituasjon.

Marker for det svaralternativet som best beskriver din jobb.

	Helt uenig	Uenig	Verken uenig eller enig	Enig	Helt enig
Jeg er ganske fornøyd med min nåværende jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fleste dager trives jeg med jobben min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsdagene ser aldri ut til å ha noen ende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever virkelig glede i mitt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes jobben min er ganske ubehagelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM MOBBING PÅ ARBEIDSPLASSEN

Mobbing (for eksempel trakassering, plaging, utfrysing eller sårende erting og fleiping) er et problem på en del arbeidsplasser og for en del arbeidstakere. Vi vil gjerne vite hvordan dette er på din arbeidsplass. For at vi skal kunne kalle noe mobbing, må det forekomme gjentatte ganger over en viss tidsperiode, og den som blir mobbet har vansker med å

forsvare seg. Vi snakker ikke om mobbing dersom omtrent like "sterke" personer kommer i konflikt eller det kun dreier seg om en enkeltstående episode. Marker for det svaralternativet som best passer din situasjon:

Har du selv vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen i løpet av de siste 6 månedene?

- Nei
- En sjelden gang
- Av og til
- Omtrent en gang i uken
- Flere ganger pr. uke

Over hvor lang periode har mobbingen foregått?

- Kun noen uker
- 2-3 måneder
- 4-5 måneder
- Mellom 6 mnd. og 1 år
- Mellom 1 og 2 år
- Mer enn 2 år