

# OPFØLGNINGSINTERVIEW

NOMO 1.0, Nordic Mobility Related Outcome Evaluation of Assistive Device Interventions må kun anvende ifølge vejledningerne i manualen.

Alle spørgsmål skal besvares medmindre andet er angivet!



## DEL A

❖ Denne side udfyldes af interviewerens før interviewet

**ID nr:** \_\_\_\_\_

**Brugerens navn:** \_\_\_\_\_

**interviewerens navn:** \_\_\_\_\_

**Dato for interviewet:** \_\_\_\_\_

### Hvor finder interviewet sted?

- Brugerens hjem
- Sygehus eller lignende
- Andet sted – hvor:

### Er brugeren flyttet siden det forrige NAME Interview:

- Ja
- Nej (gå videre til spørgsmål A1)

### Hvis ja, i hvilken type boligområde bor brugeren nu?

- Storby/by
- Forstad
- Landsby/på landet

### Hvis ja, hvordan bor brugeren nu?

- Almindelig bolig
- Beskyttet bolig (bolig med adgang til personale i samme bygning eller umiddelbar nærhed)

# HJÆLPEMIDDEL

❖ Sæt X ved ja eller nej, besvar samtlige spørgsmål

<b>A1. Anvender du nogle af de følgende hjælpemidler?</b> Hvor anvender du det?				<i>Manglende svar</i>	
	Indendørs	Udendørs	Har du fået hjælpemidlet siden forrige interview?	ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a. (Albue)stok/stokke</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Gangstativ</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Rollator</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Manuel kørestol du selv kører</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Transportkørestol</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. El-kørestol med joystick</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. El-kørestol med styr (scooter)</b>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Andet, angiv hvad:</b> <input type="text"/>					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manglende svar

<b>A2. Hvor længe har du anvendt dit/dine nye mobilitetshjælpemidler?</b>		ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
Hjælpemiddel 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal uger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpemiddel 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal uger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpemiddel 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal uger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpemiddel 4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal uger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpemiddel 5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal uger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manglende svar

<b>A3a. Hvordan synes du, at de forventninger, du havde til at komme rundt og klare forskellige aktiviteter, er blevet opfyldt?</b>						ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<input type="checkbox"/> Meget bedre end forventet	<input type="checkbox"/> Bedre end forventet	<input type="checkbox"/> Som forventet	<input type="checkbox"/> Dårligere end forventet	<input type="checkbox"/> Meget dårligere end forventet	<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

<b>A3b. Hvilken betydning har dit/dine nye mobilitetshjælpemidler for dine muligheder for at udføre forskellige aktiviteter?</b>							
<input type="checkbox"/> Meget stor betydning	<input type="checkbox"/> Stor betydning	<input type="checkbox"/> Nogen betydning	<input type="checkbox"/> Lille betydning	<input type="checkbox"/> Ingen betydning	<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A3c. Beskriv hvilken betydning mobilitetshjælpemidlet/mobilitetshjælpemidlerne har for dig?**


**A4. Anvender du regelmæssigt nogle af de følgende transportmidler? (Dvs. mindst én gang om måneden)****a. Bil/motorcykel (som fører)**

Inkluderer firehjulet motorcykel

 Ja  Nej**b. Bil/taxa (som passager)**

Inkluderer taxa, som personen selv betaler

 Ja  Nej**c. Handikaptransport**

Fx bustransport, Falck, taxa, som kommunen eller hospitalet betaler

 Ja  Nej**d. Bus/tog** Ja  Nej**e. Cykel/knallert**

Inkluderer også trehjulet cykel eller knallert

 Ja  Nej**Manglende svar**

ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<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"/>

## HELBRED

❖ Hvis brugerens helbred varierer (i løbet af et døgn, fra den ene dag til den anden, i forskellige situationer) skal svaret afspejle, hvordan brugeren har haft det den seneste uges tid.

<b>A5. Har du et eller flere af følgende problemer?</b> Hvis et af problemerne i et spørgsmål er til stede, skal spørgsmålet besvares med "Ja".			<i>Manglende svar</i>	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>a. Synsnedsættelse/blindhed (selv om du bruger briller/kontaktlinser)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Nedsat hørelse/døvhed (selv om du bruger høreapparat)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Nedsat balance og/eller svimmelhed</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>d. Nedsat udholdenhed/åndenød</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>e. Nedsat funktion i armene (bevægelighed/styrke)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>f. Nedsat funktion i ryg og/eller ben (bevægelighed/styrke)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>g. Besvær med at styre bevægelser (koordinationsproblemer)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>h. Besvær med at bevæge hovedet/halsen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>i. Besvær med at holde på urin og/eller afføring</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>j. Træthed</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>k. Hukommelsesbesvær</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>l. Ekstrem længde eller vægt (OBS! Besvares af interviewer)</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/>
<b>m. Andet, angiv hvad:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>

## Manglende svar

	ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>A6. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?</b>		
<input type="checkbox"/> Fremragende <input type="checkbox"/> Vældig godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Mindre godt <input type="checkbox"/> Dårligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A7. Hvordan vurderer du din fysiske formåen lige nu?</b>		
<input type="checkbox"/> Fremragende <input type="checkbox"/> Vældig godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Mindre godt <input type="checkbox"/> Dårligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A8. Kan du gå på trapper uden personhjælp?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja, to eller flere trin <input type="checkbox"/> Ja, et trin <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A9. Har du haft smerter inden for den seneste måned?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A9a. Hvis ja, har smerterne haft betydning for din færden udendørs?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Manglende svar	
		ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>A10. Er det nødvendigt at gå på trapper (et trappetrin eller mere) for at komme ind i og ud af din bolig?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A11. Er din bolig indrettet godt i forhold til dine muligheder for at komme rundt i den?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, delvis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A12. Bor du sammen med nogen?</b>			
<input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med anden voksen <input type="checkbox"/> Bor sammen med anden voksen og mindreårig <input type="checkbox"/> Bor sammen med mindreårig <input type="checkbox"/> Bor sammen med forældre <input type="checkbox"/> Andet hvad? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A13. Hvor mange timers hjælp får du i det daglige fra andre til at komme rundt (fx fra pårørende, hjemmehjælper, taxachauffør)?</b> Angiv gennemsnitlig antal timer om ugen (hvis ingen hjælp, skriv "0", hvis fx en halv time, skriv "0,5")			
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A14. Er der siden forrige interview sket ændringer med hensyn til dit helbred, medicinering, familieforhold, eller situation på andre måder?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv: <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<b>A15. Er der siden forrige interview sket forandringer i dit hjem, som har påvirket dine muligheder for at komme rundt?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, indendørs <input type="checkbox"/> Ja, i entré <input type="checkbox"/> Ja, andet <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, beskriv: <input type="text"/>			
<input type="text"/>			

**DEL B****AFHÆNGIGHED AF ANDRE FOR AT KUNNE KOMME RUNDT**

❖ Besvares ud fra hvordan brugeren normalt bærer sig ad med at komme rundt til daglig (med hjælpemiddel, hvis brugeren plejer at bruge et). Svarene skal afspejle situationen i den seneste uges tid.

				<i>Manglende svar</i>	
				ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B1. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes i dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du skal ind og ud af dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B3. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes indendørs andre steder end i dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B4. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes udendørs? (drejer sig kun om at komme rundt gående o.lign., ikke med transportmidler)</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## AKTIVITETER SOM FORUDSÆTTER AT MAN BEVÆGER SIG RUNDT

- ❖ Spørgsmålene skal besvares ud fra, hvor og hvordan brugeren plejer at udføre aktiviteterne i dagligdagen (dvs. i den seneste uge).
- ❖ Med "at komme rundt" menes enten at gå (med hjælpemiddel, hvis brugeren plejer at bruge et) eller bruge kørestol til at komme rundt – men ikke forflytning til og fra kørestol eller lignende.

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B5 a. Hvor ofte udfører du køkkenarbejde (madlavning/opvask/dække bord, m.v.) ?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B6a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B5 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B6 a. Hvor ofte vasker du tøj (tøj, sengetøj, m.v. inkl. tørring, stryging)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B7a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B6 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B7 a. Hvor ofte gør du rent (lettere og tungere rengøring lige fra at tørre støv af til støvsugning)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B8a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B7 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B8 a. Hvor ofte passer/tager du dig af børn eller andre familiemedlemmer i dit hjem?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B9a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B8 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B9 a. Hvor ofte går du ud og spiser og drikker (restaurant, pub, café, etc.)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B10a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B9 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B10 a. Hvor ofte går du til frisør?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B11a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B10 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B11 a. Hvor ofte køber du dagligvarer og madvarer ind?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B12a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B11 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B12 a. Hvor ofte er du ude at shoppe, dvs. købe andre ting end dagligvarer og madvarer?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B13a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B12 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B13 a. Hvor ofte går du på posthuset eller ud for at poste breve?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B14a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B13 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B14 a. Hvor ofte går du i banken?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B15a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B14 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B15 a. Hvor ofte går du ud for at købe medicin?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B16a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B15 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B16 a. Hvor ofte tager du på biblioteket?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B17a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B16 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B17 a. Hvor ofte deltager du i foreningsliv, kirkelige aktiviteter og/eller går på dagcenter?</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Dagligt</b>	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Flere gange om ugen</b>	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B18a)		
	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B17 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B18 a. Hvor ofte tager du til kulturelle eller sportslige arrangementer (fx se film, teater, fodboldkamp)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B19a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B18 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B19 a. Hvor ofte dyrker du hobbies, motion eller sport uden for hjemmet?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B20a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B19 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		

			<i>Manglende svar</i>	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B20 a. Hvor ofte afleverer/henter du børn på daginstitution, skole eller lignende?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B21a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B20 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B21 a. Hvor ofte går du tur (indbefatter også tur i kørestol)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B22a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B21 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B22 a. Hvor ofte besøger du familie og venner?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B23a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B22 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B23 a. Hvor ofte arbejder/studerer du uden for dit hjem?</b>				
<input type="checkbox"/> Min 5. dage om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B24a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B23 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

						<i>Manglende svar</i>	
						ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B24 a. Hvor ofte passer du have, rydder sne o. lign.?</b>							
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (Besvar ikke B24b)					
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året						
<b>B24 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>							
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>