

Appendix 1

Questionnaire 1

HELSEUNDERSØKELSEN
I N O R D - T R Ø N D E L A G

«JA, nå er det
min tur!»



Personlig innbydelse



Spørreskjemaet er en viktig del av Helseundersøkelsen. Her finner du spørsmål om tidligere sykdom og om andre forhold som har betydning for helsa. Venligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til Helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem bare stå ubesvarte til du møter fram, og drøfter dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.

Flere steder i skjemaet ber vi deg oppgi din alder da eventuell sykdom inntrådte. Hvis du ikke husker nøyaktig hvor gammel du var, skriver du et tall som er nærmest det du antar er korrekt.

Når resultatene fra undersøkelsen foreligger, vil det være enkelte som trenger ny undersøkelse hos egen lege. Dette vil du få beskjed om i det brevet som vi sender deg om dine resultater. Samtidig sender vi melding om resultatene dine til legen din. Det er derfor om å gjøre at du i rubrikkene helt til slutt i skjemaet oppgir navnet på den allmennpraktiserende lege, kommunelege eller det helsecenter som du ønsker skal ta hånd om eventuell etterundersøkelse, og som vi skal sende resultatene til.

Med vennlig hilsen

Helsetjenesten i Nord-Trøndelag • Statens helseundersøkser • Statens Institutt for Folkehelse

DET HANDLER OM HELSA DI

Hvordan er helsa di nå?

Bare ett kryss

- | | | |
|---------------------|----|----------------------------|
| Dårlig | 12 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ikke helt god | | <input type="checkbox"/> 2 |
| God | | <input type="checkbox"/> 3 |
| Svært god | | <input type="checkbox"/> 4 |

LUFTVEGSPLAGER

Hoster du daglig i perioder av året?

Hvis JA:

- | | | |
|--|----|--------------------------|
| Er hosten vanligvis ledsaget av oppspyt? | 14 | <input type="checkbox"/> |
| Har du hatt hoste med oppspyt i minst 3 mnd.
sammenhengende i hvert av de to siste åra? | | <input type="checkbox"/> |

Har du hatt noe anfall med pipende eller

tung pust de siste 12 måneder?

- | | | |
|-------|----|--------------------------|
| | 16 | <input type="checkbox"/> |
|-------|----|--------------------------|

JA	NEI	Alder første gang
		år

Har du eller har du hatt astma? 17

Har du brukt eller bruker du

astmamedisiner?

- | | | |
|-------|----|--------------------------|
| | 20 | <input type="checkbox"/> |
|-------|----|--------------------------|

HJERTE-KARSYKDOMMER, DIABETES

Har du, eller har du hatt:

- | | | |
|-------------------------------------|----|-----------------------------|
| Hjerteinfarkt | 21 | <input type="checkbox"/> år |
| Angina pectoris (hjertekrampe) | 24 | <input type="checkbox"/> år |
| Hjerneslag/hjerneblødning | 27 | <input type="checkbox"/> år |
| Diabetes (sukkersyke) | 30 | <input type="checkbox"/> år |

JA	NEI	Alder første gang
		år

Hva ble resultatet siste gang du målte blodtrykket ditt?

Bare ett kryss

- | | | |
|---|----|----------------------------|
| Begynne med/fortsette med blodtrykksmedisin.... | 33 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Komme til kontroll, men ikke ta blodtrykksmedisin | | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ingen kontroll og ingen medisin nødvendig | | <input type="checkbox"/> 3 |
| Har aldri fått målt blodtrykket | | <input type="checkbox"/> 4 |

Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

Bare ett kryss

- | | | |
|------------------------|----|----------------------------|
| Nå | 34 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Før, men ikke nå | | <input type="checkbox"/> 2 |
| Aldri brukt..... | | <input type="checkbox"/> 3 |

Har en eller flere av foreldre eller søsknen hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)?

JA	NEI	VET IKKE

STOFFSKIFTE

Har du noen gang fått påvist:

- | | |
|---|----|
| for høyt stoffskifte | 36 |
| for lavt stoffskifte | 39 |
| struma | 42 |
| annen sykdom i skjoldbruskkjertelen | |

JA	NEI	Alder første gang
		år

Bruk du eller har du brukt

noen av disse medisinene:

- | | |
|---------------------|----|
| Thyroxin | 48 |
| Neo-Mercazole | 51 |

JA	NEI	år
		år
		år
		år

Er du operert i skjoldbruskkjertelen

Har du fått radiojodbehandling 57

MUSKEL/SKJELETT-PLAGER

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

JA	NEI

Hvis NEI, gå videre til neste side øverst.

Hvis JA, svar på følgende:

Hvor har du hatt disse plagene?

- | | |
|--------------------------|----|
| Nakke | 61 |
| Skuldre (aksler) | |
| Albuer | |
| Håndledd, hender | |
| Bryst/mage | 65 |
| Øvre del av ryggen | |
| Korsryggen | |
| Hofter | |
| Knær | |
| Ankler, føtter | 70 |

JA	NEI

Hvis du har hatt plager i flere områder i minst 3 mnd. det siste året, settet du ring rundt det ja-krysset hvor plagene har vart lengst

Hvor lenge har plagene vart sammenhengende?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst

Antall mnd.

Hvis under 1 år, oppgi antall mnd. .. 71

Antall år

Hvis 1 år eller mer, oppgi antall år.. 73

Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?

Gjelder også hjemmearbeidende. Bare ett kryss

Nei/ubetydelig	I noen grad	I betydelig grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

JA	NEI	IKKE I ARBEID

Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida?

JA	NEI

Har lege noen gang sagt at du har/har hatt noen av disse sykdommene:

- Beinskjørhet (osteoporose) 78
- Fibromyalgi (fibrosit/kronisk smertesyndrom)
- Leddgikt (reumatoïd artritt)
- Slitasjegikt (artrose)
- Bechterews sykdom 82
- Andre langvarige skjelett- eller muskelsykdommer

JA	NEI

Har du noen gang hatt:

- Lårhalsbrudd 84
- Brudd i håndledd/underarm 87
- Nakklesleng (whiplash) 90
- Skade som førte til sykehusinnleggelse

JA	NEI	Alder siste gang
		år

ANDRE PLAGER

I hvilken grad har du hatt disse plagene i de siste 12 månedene?

	Ikke plaget	Litt plaget	Mye plaget
Kvalme.....	96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystbrann/sure oppstøt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANDRE SYKDOMMER

Har du eller har du noen gang hatt:

- Epilepsi 102
- Psykiske plager hvor du har søkt hjelp
- Kreftsykdom 108
- Annen langvarig sykdom 111

JA	NEI	Alder første gang
		år
		år
		år

DAGLIGE FUNKSJONER

Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? ... 112

JA	NEI

Langvarig: minst ett år

Hvis JA:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MENN fortsetter øverst neste spalte

BESVARES BARE AV KVINNER

Hvor mange barn har du født?..... 118

Antall barn

Hvis du har født barn, besvar:

- Hvor gammel var du da du fødte ditt første barn? 120

Alder
år

- Hvor gammel var du da du fødte ditt siste barn? 122

år

Besvares ikke hvis du har født bare ett barn

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon? 124

år

Sett 0 hvis du ikke noen gang har hatt menstruasjon

Fortsett neste spalte øverst

RØYKING

Røykte noen av de voksne hjemme

JA	NEI

da du vokste opp? 126

Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrøykere etter at du fylte 20 år? 127

JA	NEI

Hvor lenge er du vanligvis daglig til stede i røykfylt rom? 128

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfylt rom

Antall timer

Røyker du selv?

Sigaretter daglig? 130

Sigarer/sigarillos daglig? 131

Pipe daglig? 132

Aldri røykt daglig (Sett kryss)

JA	NEI

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? 134

Antall år

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigarettter røyker eller røykte du vanligvis daglig? 136

Antall sigarettter

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? 140

Alder
år

Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? 142

Antall år

KAFFE/TE/ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig

Antall kopper

Kokekaffe 144

Annen kaffe 146

Te 148

Alkohol:

Er du total avholdsmann/-kvinne? 150

JA	NEI

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? 151

Antall ganger

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

Øl 152
Vin 153
Brennevin 154

Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol

Øl	Vin	Brennevin
glass	glass	glass

FYSISK AKTIVITET

I FRITIDA

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsveg regnes som fritid	Timer pr. uke
Lett aktivitet (ikke svett/andpusten) 159	Ingen
Under 1	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>
3 og mer	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 160	1
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

UNDER ARBEID

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid:

Hvorledes vil du beskrive arbeidet ditt?

Bare ett kryss

For det meste stillesittende arbeid

(f.eks. skrivbordsarbeid, montering) 161

Arbeid som krever at du går mye

(f.eks. ekspeditorarb., lett industriarb., undervisning) 162

Arbeid hvor du går og løfter mye

(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid) 163

Tung kroppsarbeid

(f.eks. skogsarbeid, tung jordbruksarb., tungt bygningsarb.) 164

HVORLEDES FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
	1	2	3	4
Trygg og rolig?	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt deg:				
Nervøs og urolig?	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom?	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her kommer noen flere spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uka. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best.

Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før 169

- Avgjort like mye 1 Bare lite grann 3
Ikke fullt så mye 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg har en urofølelse

som om noe forferdelig vil skje 170

- Ja, og noe svært ille 1 Litt, bekymrer meg lite 3
Ja, ikke så veldig ille 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner 171

- Like mye nå som før 1 Avgjort ikke som før 3
Ikke like mye nå som før 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg har hodet fullt av bekymringer 172

- Veldig ofte 1 Av og til 3
Ganske ofte 2 En gang i blant 4

Jeg er i godt humør 173

- Aldri 1 Ganske ofte 3
Noen ganger 2 For det meste 4

Jeg kan sitte i fred og ro og

kjenne meg avslappet 174

- Ja, helt klart 1 Ikke så ofte 3
Vanligvis 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg føler meg som om alt går langsmmere 175

- Nesten hele tiden 1 Fra tid til annen 3
Svært ofte 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg føler meg urolig som om

jeg har sommerfugler i magen 176

- Ikke i det hele tatt 1 Ganske ofte 3
Fra tid til annen 2 Svært ofte 4

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut 177

- Ja, har sluttet å bry meg! 1 Kan hende ikke nok 3
Ikke som jeg burde 2 Bryr meg som før 4

Jeg er rastlös som om jeg stadig må være aktiv 178

- Uten tvil svært mye 1 Ikke så veldig mye 3
Ganske mye 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting 179

- Like mye som før 1 Avgjort mindre enn før 3
Heller mindre enn før ... 2 Nesten ikke i det hele tatt 4

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk 180

- Uten tvil svært ofte 1 Ikke så veldig ofte 3
Ganske ofte 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV 181

- Ofté 1 Ikke så ofte 3
Fra tid til annen 2 Svært sjeldent 4

UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole	182	<input type="checkbox"/> 1
Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole		<input type="checkbox"/> 2
Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole		<input type="checkbox"/> 3
Høgskole/universitet, mindre enn 4 år		<input type="checkbox"/> 4
Høgskole/universitet, 4 år eller mer		<input type="checkbox"/> 5

ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

Ett eller flere kryss

Lønnet arbeid	183	<input type="checkbox"/>
Selvstendig næringsdrivende		<input type="checkbox"/>
Heltids husarbeid		<input type="checkbox"/>
Utdanning, militærtjeneste		<input type="checkbox"/>
Arbeidsledig, permittert		<input type="checkbox"/>
Pensjonist/trygdet	188	<input type="checkbox"/>

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uka?

Antall timer

JA	NEI
----	-----

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakt?

ALT I ALT

Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?

Bare ett kryss

Svært fornøyd	192	<input type="checkbox"/> 1
Meget fornøyd		<input type="checkbox"/> 2
Ganske fornøyd		<input type="checkbox"/> 3
Både/og		<input type="checkbox"/> 4
Nokså misfornøyd		<input type="checkbox"/> 5
Meget misfornøyd		<input type="checkbox"/> 6
Svært misfornøyd		<input type="checkbox"/> 7

DIN LEGE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere, hvilken allmennpraktiserende lege/kommunellege ønsker du skal foreta undersøkelsen?

Skriv navnet på legen her:

--

193

Ikke skriv her

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

*Velkommen til
undersøkelsen!*

NORD-
TRØNDELAG

Appendix 2

Questionnaire 2 – one of several versions

hunt

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Takk for frammøtet til undersøkelsen!

Vi vil også be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysningsene vil bli brukt i større forskningsarbeider om foregående helsearbeid. Noen av spørsmålene likner på spørsmål du har svart på i det skjemaet du fylte ut heime og leverte ved frammøte til helseundersøkelsen. Det er likevel viktig at du svarer på alle spørsmålene også i dette skjemaet. Det utfylte skjemaet returneres i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt.

Alle opplysningsene er underlagt streng taushetsplikt.

SKJEMA FOR MENN 20-69 ÅR

Vennlig bilsen

Helsejenesten i Nord-Trøndelag

Statens Institutt for Folkehelse Statens helseundersøkelse

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring.

Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

UTFYLNING

Dato for utfylling av skjema: / 19 19

OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune.

24

ARBEID

Nåværende eller tidligere arbeid:

Hva slags inntektsgivende arbeid har du og event. din ektefelle/samboer? Hvis du/dere ikke har inntektsgivende arbeid nå: Oppgi det siste yrket.

Deg Ektefelle/
selv samboer

Spesialarbeider eller uflagt arbeider	25	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 36
Fagarbeider, handverker, formann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underordnet funksjonær (f.eks. butikk, kontor, off. tjenester)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagfunksjonær (f.eks. sykepleier, tekniker, lærer)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overordnet stilling i off. eller privat virksomhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjåfør	30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 41
Gårdbruker eller skogeier		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvstendig i akademisk erverv (f.eks. tannlege, advokat)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annен selvstendig næringsvirksomhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ikke vært i inntektsgivende arbeid	35	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 46

Hvis du NÅ ikke har inntektsgivende arbeid eller du ikke har heltids husarbeid: Gå til BOLIG.

Har du i løpet av de siste 12 månedene

hatt sykefravær:

med egenmelding	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med sykmelding fra lege	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja»: Hvor lenge **til sammen**? Bare ett kryss

2 uker eller mindre	49	<input type="checkbox"/> 1
2-8 uker		<input type="checkbox"/> 2
Mer enn 8 uker		<input type="checkbox"/> 3

Har du i løpet av de siste 12 månedene Ja Nei vurdert å skifte yrke eller arbeidsplass?

50

Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er siltet i kroppen etter en arbeidsdag? Bare ett kryss 51

Ja, nesten alltid	<input type="checkbox"/> 1	Ganske sjeldent	<input type="checkbox"/> 3
Ganske ofte	<input type="checkbox"/> 2	Aldri, eller nesten aldri	<input type="checkbox"/> 4

Krever arbeidet ditt så mye konsekvensjon og oppmerksomhet at du ofte føler deg utslettet etter en arbeidsdag? 52

Ja, nesten alltid	<input type="checkbox"/> 1	Ganske sjeldent	<input type="checkbox"/> 3
Ganske ofte	<input type="checkbox"/> 2	Aldri, eller nesten aldri	<input type="checkbox"/> 4

Hvordan trives du alt i alt med arbeidet ditt? 53

Veldig godt	<input type="checkbox"/> 1	Ikke særlig godt	<input type="checkbox"/> 3
Godt	<input type="checkbox"/> 2	Dårlig	<input type="checkbox"/> 4

BOLIG

Hvem bor du sammen med?

Ett kryss for hver linje og angi antall

Ektefelle/samboer	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antall
Andre personer over 18 år	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personer under 18 år	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antall

Hvor mange av barna har plass i barnehage? 61

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

Enebolig/villa	63	<input type="checkbox"/> 1
Gårdsbruk		<input type="checkbox"/> 2
Blokk/terrassleilighet		<input type="checkbox"/> 3
Rekkehus/2-4 mannsbolig		<input type="checkbox"/> 4
Annen bolig		<input type="checkbox"/> 5

Hvor stor er din boenhet? 64 kvm

Er det heldekende tepper i stua?	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja Nei
Er det heldekende tepper på ditt soverom?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er det katt i boligen?	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er det hund i boligen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er det andre pelskledde dyr eller fugler i boligen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ØKONOMI

Mottar du noen av følgende **offentlige** ytelsjer?

Sykelpenger/sykkelønn/rehabiliteringspenger	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja Nei
Ytelsjer under yrkesrettet attføring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uførepensjon	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alderspensjon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sosialstøtte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeidsløshetsstrygd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overgangsstønad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etterlattepensjon	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre ytelsjer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har det i løpet av det siste året hendt at husholdningen har hatt vansker med å klare de løpende utgifter til mat, transport, bolig og liknende? Bare ett kryss 81

Ja, ofte	<input type="checkbox"/> 1	Ja, en sjeldent gang	<input type="checkbox"/> 3
Ja, av og til	<input type="checkbox"/> 2	Nei, aldri	<input type="checkbox"/> 4

VENNER

Hvor mange gode venner har du?

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det

Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger

Føler du at du har mange nok gode venner?	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja Nei
Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/> 1	Omtrent en gang i uka	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/> 2	Mer enn en gang i uka	<input type="checkbox"/> 2

DER DU BOR

Svar ut fra nærmiljøet, dvs. nablaget/grenda.

Ett kryss for hvert spørsmål

Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her ⁸⁶

Helt enig 1 Delvis enig 2 Usikker 3 Delvis uenig 4 Helt uenig 5

Selv om noen tar initiativ, er det ingen som blir med på det som settes i gang her ⁸⁷

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Hvis jeg flytter herfra, vil jeg lengste tilbake ⁸⁸

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Man kan ikke stole på hverandre her ⁸⁹

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Når noe skal gjøres her, er det lett å få folk med ⁹⁰

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er vanskelig å få kontakt med folk her ⁹¹

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er godt samhold her ⁹²

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Ingen orker å ta initiativ til noe lenger her ⁹³

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk trives godt her ⁹⁴

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk her kan ha store problemer uten at naboen vet noe ⁹⁵

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Det er alltid noen som tar initiativ til å løse nødvendige oppgaver her ⁹⁶

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

Folk snakker lite med hverandre her ⁹⁷

Helt enig 1 Delvis enig 2 Usikker 3 Delvis uenig 4 Helt uenig 5

SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektingene som har eller har hatt noen av sykdommene. Kryss av for «ingen» hvis ingen av slektingene har hatt denne sykdommen. Evt. flere kryss på hvert linje

Mor Far Bror Søster Barn Ingen

Hjerneslag eller hjerneblodning	.....	98	<input type="checkbox"/>					
Hjerteinfarkt før 60 års alder	.....	104	<input type="checkbox"/>					
Astma	.....	110	<input type="checkbox"/>					
Allergi	.....	116	<input type="checkbox"/>					
Kreftsykdom	.....	122	<input type="checkbox"/>					
Høyt blodtrykk	.....	128	<input type="checkbox"/>					
Psykiske plager	.....	134	<input type="checkbox"/>					
Osteoporose (benskjørhets)	.....	140	<input type="checkbox"/>					
Diabetes (sukkersyke)	.....	146	<input type="checkbox"/>					
Alder da de fikk diabetes	.....	162	<input type="checkbox"/>					

Ja Nei

Har du selv høysnue eller neseallergi? ¹⁶²

BRUK AV HELSETJENESTER

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos :

Ett kryss på hvert linje
allmennpрактиkende lege (kommunelege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat) 163

bedriftslege

lege ved sykehús (uten at du var innlagt)

anden lege

fysioterapeut

kiropraktor

homøopat 169

anden behandler (naturremedisiner, fotsoneterapeut, håndspålegger, "healer", "synsk", e.l.)

Ja Nei

Har du vært innlagt i sykehús de siste 5 åra? ¹⁷¹

ALKOHOL

Hvis du er totalavholdsman: Gå til KOSTHOLD.

Ett kryss for hvert spørsmål

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? ¹⁷²

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? ¹⁷³

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? ¹⁷⁴

Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikkere? ¹⁷⁵

KOSTHOLD

Hvor mange måltider spiser du vanligvis daglig (middag og brødmatlåd)? ¹⁷⁶

Antall

Hvor mange dager i uka spiser du varm middag?

Antall

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? Inntil to kryss.

Brødtypen ligner	Loff	Fint brød	Kneipp-brød	Grov-brød	Knekke-brød
mest på	178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva slags fett blir vanligvis brukt i din husholdning?

Ett kryss for matlagning og ett kryss for brød **Til matlagning På brød**

Brukere ikke smør eller margarin	183	1	184	1
Meierismør	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
Hard margarin	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3
Bløt (soft) margarin	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4
Smør/margarin blanding	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	5
Lettmargarin	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	6
Oljer	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	7

MEDISINBRUK

Har du i deler av de siste 12 månedene brukt noen medisiner daglig eller nesten daglig? ¹⁸⁵

Hvis «Ja»:

Angi hvor mange måneder du brukte følgende medisiner: Sett 0 hvis du ikke har brukt medisinene

Antall mndr.	Antall mndr.		
smertestillende	186	hjertemedisin (ikke blodtrykksmedisin)	<input type="checkbox"/>
sovemedisin	188	annen medisin	<input type="checkbox"/>
beroligende medisin	<input type="checkbox"/>	Kosttilskudd:	
medisin mot depresjon	<input type="checkbox"/>	allergimedisin	202
astmamedisin	196	jerntabletter	<input type="checkbox"/>
tran/fiskeoljer	206	vitamin tilskudd	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du brukt avslappende/beroligende medisin eller sovemedisin den siste måneden? ²⁰⁸

Daglig 1 Seldnere enn hver uke 3
Hver uke, men ikke hver dag 2 Aldri 4

HODEPINE

Har du vært plaget av hodepine

I løpet av de siste 12 måneder? ²⁰⁹
Ja, anfallsvis (migrene) 1
Ja, annen slags hodepine 2
Nei 3

Antall anfall
siste 12 mndr. ²¹⁰

Hvis «Nei»: Gå til MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

Omtrent hvor mange dager i pr. måned har du hodepine?
Mindre enn 7 dager 1 7 til 14 dager 2 Mer enn 14 d. 3

Hvor lenge varer hodepinnen vanligvis hver gang? ²¹³
Mindre enn 4 timer 1'4 timer-3 døgn 2 Mer enn 3 døgn 3

Hvor ofte er hodepinnen preget av eller ledsaget av:

Ett kryss på hver linje

Sjeldent Av og til Ofte
eller aldri

bankende/dunkende smerte	<input type="checkbox"/> 214	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pressende smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsideighet, alltid samme side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsideighet, vekselvis h. og v. side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smerten i «hele hodet»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kvalme	<input type="checkbox"/> 219	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lys- og/eller lydskyhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forverring ved fysisk aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
synsforstyrrelser før hodepine	<input type="checkbox"/> 222	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange tabletter/stikkpiller har du eventuelt brukt av disse medisinene alt i alt i løpet av den siste måneden?

Skriv 0 hvis du ikke har brukt medisinene.

Cafergot Anervan Imigran

223

225

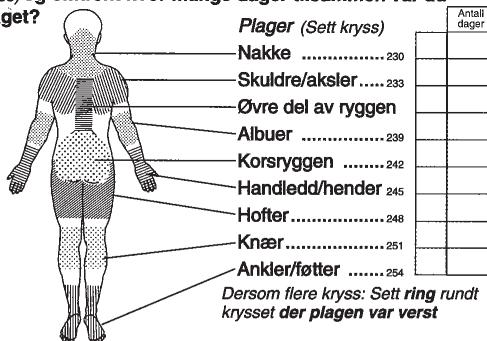
227

MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

Har du hatt plager (smerter, verk, ubehag) i muskler og/eller ledd i den siste måneden? ²²⁹

Ja Nei

Hvis «Ja»: Hvor har du hatt disse plagene (ett eller flere kryss) og omtrent hvor mange dager til sammen var du plaget?



Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter den siste måneden?

Ja Nei

I arbeidet

257

I fridta

258

SMERTER I BEINA

Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? ²⁵⁹

Ja Nei

Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? ²⁶⁰

Ja Nei

Har du oppsøkt lege p.g.a. smerter i beina? ²⁶¹

Ja Nei

Hvis «NEI» på disse spørsmålene: Gå til URINVEGS...

Kan du gå lengre enn 50 meter? ²⁶²

Ja Nei

Forsvinner smerten når du står stille en stund? ²⁶³

Ja Nei

Må du sette deg for at smerten skal gå over? ²⁶⁴

Ja Nei

Hvor gjør det mest vondt? Ett kryss ²⁶⁵

Ja Nei

Fot Legg Lår Hofte

Ja Nei

Har du smerter i beina når du er i ro? ²⁶⁶

Er smertene verst når du ligger i senga? ²⁶⁷

Blir søvnen forstyrret av smertene? ²⁶⁸

Får du mindre vondt når beinet ligger høyt? ²⁶⁹

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, f.eks. om beinet henger utfor sengekanten? ²⁷⁰

Bedres smertene når du står opp og går litt? ²⁷¹

URINVEGS- OG PROSTATAPLAGER

Ett kryss på hver linje

Har du noen gang blitt fortalt av lege at du har: Ja Nei

forstørret prostata

272

prostatakreft

273

Har du gjennomgått noe av følgende: Ja Nei

sterilisering

274

tatt vevsprøve (biopsi) av prostata

275

kirurgisk fjerning av prostata (helt eller delvis)

276

De neste spørsmålene gjelder siste måned

Bare ett kryss for hvert hver spørsmål

Hvor ofte har du hatt følelsen av at blæren ikke er blitt fullstendig tømt etter avsluttet vannlating? ²⁷⁷

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor ofte har du måttet late vannet på nytt mindre enn 2 timer etter forrige vannlating? ²⁷⁸

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor ofte har du måttet stoppe og starte flere ganger under vannlatingingen? ²⁷⁹

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor ofte syns du det har vært vanskelig å holde igjen når du har følt trang til å late vannet? ²⁸⁰

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor ofte har du hatt svak urinstråle? ²⁸¹

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor ofte har du måttet trykke eller presse for å begynne vannlatingen? ²⁸²

Aldri

1

Omrent annenhver gang

4

Omtrent 1 av 5 ganger

2

Omrent 2 av 3 ganger

5

Omtrent 1 av 3 ganger

3

Nesten alltid

6

Hvor mange ganger har du vanligvis måttet stå opp i løpet av natta for å late vannet? ²⁸³

Ingen

1

2 ganger

3

4 ganger

4

5 ganger eller mer

5

1 gang

2

3 ganger

6

1 gang

4

5 ganger eller mer

7

Hvis du resten av livet måtte leve med de vannlatingsproblemene du har nå, hvordan ville du føle det? ²⁸⁴

Være meget godt fornøyd

1

Være for det meste utilfreds

5

Være fornøyd

2

Være misfornøyd

6

Være for det meste tilfreds

3

Ha det forferdelig

7

Ha blandete følelser

4

HUMØR OG TRIVSEL

Sett kryss på hver linje

Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:

	Aldri	Noen ganger	Ganske ofte	For det meste
i godt humør	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i dårlig humør	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng?	Svært treg	Ganske treg	Ganske rask	Svært rask
287	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Er du enig i at det er noe ansvarslast over folk som stadig prøver å være morsomme?

Nei, slett ikke	<input type="checkbox"/> 1	Ganske enig	<input type="checkbox"/> 3
I noen grad	<input type="checkbox"/> 2	Ja, absolutt	<input type="checkbox"/> 4

Er du en munter person?

Nei, slett ikke	<input type="checkbox"/> 1	Ganske munter	<input type="checkbox"/> 3
I noen grad	<input type="checkbox"/> 2	Ja, absolutt	<input type="checkbox"/> 4

SINNE

Sett kryss på det svaret som best beskriver deg i forhold til de to påstandene nedenfor:

Jeg gir uttrykk for mitt sinne, og andre mennesker vet at jeg er sint.

Nesten aldri	<input type="checkbox"/> 1	Ganske ofte	<input type="checkbox"/> 3
Noen ganger	<input type="checkbox"/> 2	Nesten alltid	<input type="checkbox"/> 4

Jeg koker av sinne, men jeg viser det ikke til andre.

Nesten aldri	<input type="checkbox"/> 1	Ganske ofte	<input type="checkbox"/> 3
Noen ganger	<input type="checkbox"/> 2	Nesten alltid	<input type="checkbox"/> 4

HVILE OG AVSLAPPING

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i liggende stilling i løpet av et døgn?

(nattesovn, middagshsvil)

Antall timer

Hvor mange timer tilbringer du vanligvis i sittende stilling i løpet av et døgn?

(arbeid, måltider, TV, bil etc.)

Antall timer

Hvor ofte er du plaget av søvnloshet?

Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/> 1
1–2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/> 2
Omrønt 1 gang i uka	<input type="checkbox"/> 3
Mer enn en gang i uka	<input type="checkbox"/> 4

Har du siste år vært plaget av søvnloshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer? Bare ett kryss

Nesten hver natt	<input type="checkbox"/> 1	Av og til	<input type="checkbox"/> 3
Ofte	<input type="checkbox"/> 2	Aldri	<input type="checkbox"/> 4

Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen? Bare ett kryss

Nesten hver natt	<input type="checkbox"/> 1	Av og til	<input type="checkbox"/> 3
Ofte	<input type="checkbox"/> 2	Aldri	<input type="checkbox"/> 4

Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)?

Nesten hele tida	<input type="checkbox"/> 1
Oftre	<input type="checkbox"/> 2
Av og til	<input type="checkbox"/> 3
Aldri	<input type="checkbox"/> 4

HVORDAN DU HAR HATT DET

Har det noen gang i løpet av ditt liv vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer da du:

følte deg deprimert, trist og nedfor.....	<input type="checkbox"/> 1	Ja	Nei
hadde problemer med matlysten eller spiste alt for lite	<input type="checkbox"/> 2		
var plaget av kraftløshet eller mangl på overskudd	<input type="checkbox"/> 3		
virkelig bebreidet deg selv og følte deg verdiløs	<input type="checkbox"/> 4		
hadde problemer med å koncentrere deg eller	<input type="checkbox"/> 5		
vansklig for å ta beslutninger	<input type="checkbox"/> 6		
hadde minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig.....	<input type="checkbox"/> 7		

HVORDAN DU SER PÅ DEG SELV

Folk ser på seg selv på ulike måter. Kryss av for hvert utsagn hvor enig eller uenig du er. Sett kryss på hver linje

Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
------------	------	-------	-------------

Jeg har en positiv holdning til meg selv

til meg selv

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Jeg føler meg virkelig ubruklig til tider

til tider

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av

å være stolt av

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Synes du at du har funnet et virkelig betydningsfullt innhold i livet ditt?

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Føler du at du lever fullt ut?

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

HVORDAN DU FØLER DEG NÅ

Sett kryss i den ruta utenfor det svaret som best beskriver dine følelser den siste uka. Bare ett kryss

Er du vanligvis glad eller nedstemt?

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nedstemt.....

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nokså nedstemt.....

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Både – og

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nokså glad

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Glad

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Svært glad

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg?

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nesten hele tida

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ofte

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Av og til

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Aldri

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Meget sterkt og opplagt

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Sterk og opplagt

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ganske sterkt og opplagt

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Både – og

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ganske trøtt og sliten

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Trøtt og sliten

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Svært trøtt og sliten

.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Hjertelig takk for hjelpa!

Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolitten og postlegg den så snart som mulig!

Porto er betalt.

Hjertelig takk for hjelpa!

Steinkjer Trykkeri AS – 74 16 30 00

Appendix 3

Questionnaire 3 – diabetes

Hvis du ikke ønsker å besvare spørre-skjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring.
Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

Du har opplyst at du har eller har hatt diabetes. Vi ber deg derfor svare så godt du kan på disse spørsmålene om diabetes. Opplysningene vil bli brukt i det videre arbeidet for å bedre diabetesomsorgen og finne ut hvordan man best kan forebygge problemer knyttet til sykdommen.

Les forøvrig brosjyren «hunt-spesial», som du fikk ved Helseundersøkelsen

Alle opplysningene blir behandlet av oss med streng taushetsplikt.

Lytte til!

UTFYLNING

Dato for utfylling av skjema: / 199

DIAGNOSE

Hvordan ble din diabetes oppdaget?

Jeg søkte lege pga. symptomer.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
Ble oppdaget uten at jeg hadde symptomer (Ved legeattest, bedriftshelsekontroll, undersøkelse for annen sykdom e.l.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Hva slags plager hadde du i tilfelle da din diabetes ble oppdaget? (Kryss i minst ei rute)

Ingen plager	<input type="checkbox"/>	Kvalme	<input type="checkbox"/>
Unormal tørste	<input type="checkbox"/>	Synsplager	<input type="checkbox"/>
Stor vannlating	<input type="checkbox"/>	Smerter i beina	<input type="checkbox"/>
Slapphet, svimmelhet	<input type="checkbox"/>	Underlivskløe	<input type="checkbox"/>
Vekttap	<input type="checkbox"/>	Andre plager ...	<input type="checkbox"/>

BEHANDLING

INSULIN

Bruker du insulin (sprøyter, penn) mot din diabetes nå?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Hvis «Nei»: Gå til TABLETTER

Hvilket årstall begynte du med insulin? 19

Hvordan tar du insulin? (ett kryss på hver linje)

Sprøyter jeg fyller selv	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
Engangs- (ferdigfylt) insulinpenn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Vanlig insulinpenn (penn med ampolleller som skiftes når de er tommel)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Jet- (trykk)-injektor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Hvor mange ganger tar du vanligvis insulin hver dag?

<input type="checkbox"/>	ganger
--------------------------	--------

Hvor mange enheter insulin tar du vanligvis tilsammen hver dag?.....

<input type="checkbox"/>	enheter (IE)
--------------------------	--------------

TABLETTER

Bruker du tabletter mot din diabetes?.....

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Hvis «NEI»: Gå til EGENKONTROLL

Skriv nedenfor hva diabetestablettene heter, antall mg som står på glasset/pakningen og hvor mange slike tabletter du tar daglig. (Skriv begge sorter hvis du bruker mer enn en type tabletter mot diabetes)

skriv navn på tabletten her	mg pr. tablet	antall tabl. pr. dag
-----------------------------	---------------	----------------------

skriv navn på tabletten her	mg pr. tablet	antall tabl. pr. dag
-----------------------------	---------------	----------------------

EGENKONTROLL

Måler du noen gang heime hvor mye sukker (glukose) du har i blodet (blodsukker)? (Svar «Ja» Ja Nei også om noen hjelper deg eller gjør det for deg)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Hvis «Nei»: Gå til LEGEKONTROLL

Omtrentlig hvor mange ganger måler du blodsukker i løpet av ei vanlig uke?

<input type="checkbox"/>	ganger
--------------------------	--------

Hva slags metode bruker du når du måler blodsukker?

Strimmel som leses av mot farge på boksen.....

Apparat som leser av prøven og gir resultatet som tall

Hvis du bruker apparat til avlesing av blodsukker; hva heter apparatet? (Skriv navnet på linja)

LEGEKONTROLL

Går du til regelmessig kontroll hos lege for din diabetes?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Hvis nei, går du til kontroll hos sykepleier Ja Nei eller annet helsepersonell?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Hvis du ikke går til kontroll hos lege: Gå til KOSTHOLD

Hva slags lege går du til kontroll hos for din diabetes?

Vanlig lege (kommunelege, allmenn-praktiserende lege, bedriftslege osv.).....

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	Nei
--------------------------	-------------------------------------	----	-----

Sykehuslege (poliklinikk på sykehus).....

Bor i sykeheim eller annen institusjon og får diabeteskontroll hos lege der.....

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
--------------------------	-------------------------------------	--	--

Hvor mange forskjellige leger har du hatt de fem siste gangene du har vært til vanlig diabeteskontroll?

<input type="checkbox"/>	leger
--------------------------	-------

Hvor mange ganger i året går du til vanlig diabeteskontroll hos lege?

<input type="checkbox"/>	ganger
--------------------------	--------

Bla om!

KOSTHOLD

Her er noen utsagn om kost og mat. Svar ut fra det kostholdet du har til daglig (Et kryss på hver linje)

	Helt sant	Nesten sant	Nesten usant	Helt usant
Jeg spiser akkurat det samme som de som ikke har diabetes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prøver stadig å gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er en plage ikke å kunne spise det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fleste dager prøver jeg bestemt å unngå (mettet) fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg spiser mye grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVORDAN DU HAR DET

Synes du det er vanskelig å ha diabetes? (ett kryss)

Ja, jeg føler det som en plage hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg tenker ofte på det	<input type="checkbox"/>
Ja, av og til	<input type="checkbox"/>
Nei, sjeldent	<input type="checkbox"/>
Nei, jeg tenker nesten aldri på det	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang hatt for lavt blodsukker? («føeling», «insulinsjokk»)	Ja	Nei
(Skriv på hver linje, skriv evt. årstall til høyre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja», hvor mange ganger har du hatt det den siste uka?	<input type="checkbox"/> ganger
--	---------------------------------

Har du noen gang hatt så lavt blodsukker («sjokk») at du måtte ha hjelp av andre for å komme over det?	Ja	Nei
(Skriv på linjene nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger har du ligget på sykehus etter at du fikk diabetes?	<input type="checkbox"/> ganger
--	---------------------------------

Hvis du har ligget på sykehus etter at du fikk diabetes, hva har du ligget der for? (Skriv på linjene nedenfor)

ANNEN MEDISIN

Bruker du fast (regelmessig) medisin for noe annet enn din diabetes?	Ja	Nei
(Skriv navnet som står på glasset eller pakningen. Ta med alle du bruker regelmessig.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja»: Skriv hva disse medisinene heter. (Skriv det navnet som står på glasset eller pakningen. Ta med alle du bruker regelmessig.)

S Y N

Har du problemer med synet som lege har sagt skyldes din diabetes? Ja Nei

UNDERVISNING - STØTTE

Er du medlem av Norges Diabetesforbund? Ja Nei

Hvis «Ja», omtrent hvor mange år har du vært medlem? år

Har du noen gang deltatt på kurs eller møte om diabetes? Ja Nei

Får du grunnstønad gjennom trygdekontoret for diabetes?

Får du særfradrag i skattelikninga fordi du har diabetes?

FOTPROBLEMER

Er du operert for strange blodårer til beina? Ja Nei

Har du fått amputert (skjært bort) en del av ett eller begge bein svarende til:

(Et kryss på hver linje, skriv evt. årstall til høyre)

	Ja	Nei	Arstall
tær/fotfot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
legg/kne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
lår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Har du hatt sår på føttene som har brutt over 3 uker på å gro? Ja Nei

Hvis ja, omtrent hvor mange uker tok det før såret grodde? (Hvis flere ganger, skriv det som varte lengst). uker

Har du noen gang fått undersøkt føttene dine ved vanlig diabeteskontroll hos lege? Ja Nei Husker ikke

Undersøkes føttene dine regelmessig av: Ja Nei

Lege

Fotterapeut/fotpleier

Sykepleier/heimesykepleier

Andre

Deg selv

Hvis du får regelmessig undersøkelse av lege/fotterapeut/sykepleier; hvor lenge er det mellom hver gang? uker

*Vennligst legg skjemaet i samme konvolutt som det andre skjemaet du fikk ved Helseundersøkelsen og postlegg den snarest. Porto er betalt.
Tusen takk for hjelpe!*