

Hospitalskipet Nordstjernen

PROSJEKT HMS SJØ

SPØRRESKJEMA

SPØRRESKJEMA HMS SJØ

DEL 1

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* inne i boksen for det svaret som du mener passer best, slik:
- Skriver du feil, kan du ta bort krysset ved å fülle boksen helt, slik: og deretter fülle i det riktige alternativet.
- Hvor det står et + etter et tall betyr dette «og flere enn». Eksempel: 6+ betyr 6 og flere enn 6.
- Enkelte steder ber vi deg skrive tall eller tekst.

Skriv tydelig

Eksempel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

S	J	Ø	F	O	R	S	V	A	R	E	T
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Utdanning
(Sett kryss i rubrikkene for hver av de utdannelsene du har)

Sivil utdanning

Grunnskole/folkeskole

Videregående skole/yrkesskole/fagutdanning

Høgskole eller universitet (inntil 4 år)

Høyere universitetsgrad (over 4 år)

Militær utdanning

Befalsskole

Sjømillitære korps

Sjøkrigsskole (inntil 2 år)

Sjøkrigsskole (inntil 4 år)

2. Sivil status + Lever i parforhold, gift Lever i parforhold, ikke gift Lever ikke i parforhold
(Sett ett kryss)

3. Hvor mange personer bor i din husstand? Bor alene Bor to personer sammen Bor tre eller flere sammen
(Sett ett kryss)

Arbeid i Sjøforsvaret og i andre forsvarsgrener tilknyttet Sjøforsvaret (heretter betegnet: Sjøforsvaret)

4a. Dersom nåværende grad og/eller stilling i Sjøforsvaret ikke er korrekt angitt i feltet på forsiden, ber vi deg fülle inn korrekt grad og/eller stilling her:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4b. Dersom nåværende arbeidssted ikke er korrekt angitt i feltet på forsiden, ber vi deg fülle inn korrekt arbeidssted her:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5a. Når var du første gang i Sjøforsvaret (regn med 1.gangstjeneste)?

Årstall				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>				

5b. Hvor mange måneder eller år har du til sammen vært i Sjøforsvaret (regn med 1.gangstjeneste)?

Måneder	eller	År				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 60px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table>		

5c. Har du lederansvar? Ja Nei Vet ikke
(Sett ett kryss)

Arbeidsplass og tjenesteområde

6. Hvilke arbeidsplasser og tjenesteområder har du hatt i Sjøforsvaret? Her ber vi deg om å plassere hvert arbeidssted i en kategori og kombinere denne med kategori for tjenesteområde:

Kategori arbeidssted

10 = Jager	28 = KS Norge
11 = Fregatt	29 = Landgangsfartøy
12 = Korvett	30 = Havnefartøy
13 = Minerydder/minesveiper gamle klasser	31 = Andre fartøy
14 = Oksøy- og Altaklasse	32 = Fort (alle typer)
15 = Minelegger	33 = Kystradarstasjoner
16 = MTB tre	34 = Minedykkertropp
17 = MTB Storm	35 = Marinejegerkommando
18 = MTB Snøgg	36 = Kystjegerkommando felt
19 = MTB Hauk	37 = Verksted
20 = MTB Skjold	38 = Lager
21 = Ubåt eldre klasser	39 = Messe
22 = Ubåt Kobbenklassen	40 = Kontor, administrasjon, stab
23 = Ubåt Ulaklassen	41 = Annet
24 = Kystvakt, Sjøforsvarets egne fartøy	
25 = Kystvakt, innleide fartøy	
26 = Stridsbåt-90 (S90N)	
27 = Forsyningsfartøy (KNM Valkyrien m.m.)	

+

Kategori tjenesteområde

50 = Artilleri/ammunisjon
51 = Torpedo/mine
52 = Operativ/operasjonsrom/navigasjon
53 = Båtsmann/dekk
54 = Maskin/skipsteknisk maskin
55 = Elektro/skipsteknisk elektro
56 = Tele/samband/signal/ek
57 = Elektronikk-våpen
58 = Radar/sonar
59 = Dykkertjeneste
60 = Røykdykkertjeneste
61 = Maler/snekker
62 = Intendantur/forvaltning/idrett/velferd
63 = Forpleining/bysse/kjøkken
64 = Sanitet/sykepleier/lege
65 = Militærpoliti (MP)
66 = Musikk
67 = Annet

Skriv *kategorinummeret* for hvert arbeidssted inn i det første feltet i tabellen nedenfor (ta med 1.gangstjeneste), og fyll inn årstall for når du begynte og sluttet, og til slutt *kategorinummeret* for tjenesteområdet. Begynn med ditt første arbeidssted. Eksempelet er fylt ut for en som tjenestegjorde som maskinist på innleid kystvaktfartøy fra 1999 til 2001.

	Kategori arbeidssted	Begynte år		Sluttet år		Kategori tjenesteområde
Eksempel:	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>		<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
+	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

forts.

Kategori arbeidssted	Begynte år	Sluttet år	Kategori tjenesteområde
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dykking

7a. Har du arbeidet som dykker i Sjøforsvaret?

Ja

Hvor mange dykk har du?

Antall dykk (cirka)

Nei

Hvor dypt har du dykket (dypeste dykk)?

Antall meter (cirka)

7b. Har du drevet dykking i fritiden eller arbeidet som dykker annet sted enn i Sjøforsvaret?

Ja

Hvor mange dykk har du til sammen i fritid og annet arbeid?

Antall dykk (cirka)

Nei

Hvor dypt har du dykket (dypeste dykk)?

Antall meter (cirka)

Røykdykking

8. Har du arbeidet som røykdykker i Sjøforsvaret?

Ja

Angi antall dykk fra null og oppover delt inn etter følgende typer dykk:

Antall dykk (cirka)

Kalddykk ved øvelser:

Varmddykk ved øvelser:

Røykdykk ved reell brann:

+

Verkstedarbeid

9. Har du arbeidet på verksted i Sjøforsvaret?

Ja

Hvor stor prosentdel av arbeidstiden har du brukt ombord i fartøy/ubåt?

0–20%

20–50%

Over 50%

Nei

Ubåttjeneste

10. Har du tjenestegjort på ubåt?

Ja

Angi antall døgn i neddykket tilstand (cirka)

Antall dykk (cirka)

+

Arbeid i fjellanlegg

11. Har du arbeidet i fjellanlegg i Sjøforsvaret?
 Ja
 Nei

Ja



Hvor mange måneder eller år vil du anslå at din samlede arbeidstid har vært inne i disse anleggene?

Måneder

eller

År

Arbeid i utlandet

12. Har du i ditt arbeid i Sjøforsvaret hatt opphold i utlandet?
 Ja
 Nei

Ja



Hvor mange måneder eller år vil du anslå at ditt samlede opphold har vært i utlandet?

Måneder

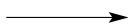
eller

År

Skifte av stilling og/eller arbeidssted

13. Har du i løpet av de siste to årene skiftet stilling og/eller arbeidssted i Sjøforsvaret? +

Ja



Var skiftet noe du ønsket eller ikke ønsket? (sett ett kryss)

Sterkt ønsket

Noe ønsket

Hverken ønsket eller uønsket

Litt uønsket

Sterkt uønsket

Har ikke gjort meg opp noen mening om det

Nei

+

Reisedøgn

14. Hvor mange reisedøgn har du per år? (Sett ett kryss for å angi antall døgn det siste året)

0-10

11-30

31-60

61-100

101-150

151+

+

Arbeidssteder

15. Noen arbeidssteder har vært i medias søkelys. Vi ber deg se igjennom listen nedenfor til venstre og svare på spørsmålet om du har tjenestegjort på noen av disse stedene.

Arbeidssted

- 1 = Rødbergodden fort
 2 = Meløyvær fort
 3 = Grøtsund fort
 4 = Skrolsvik fort
 5 = Sandsøy fort
 6 = KNM Kvikk
 7 = Radioverkstedet på Haakonvern
 8 = Tjeneste på Balkan
 9 = Tjeneste i Gulfen

Kategori tjenesteområde

- 50 = Artilleri/ammunisjon
 51 = Torpedo/mine
 52 = Operativ/operasjonsrom/navigasjon
 53 = Båtsmann/dekk
 54 = Maskin/skipsteknisk maskin
 55 = Elektro/skipsteknisk elektro
 56 = Tele/samband/signal/ek
 57 = Elektronikk-våpen
 58 = Radar/sonar

- 59 = Dykkertjeneste
 60 = Røykdykkertjeneste
 61 = Maler/snekker
 62 = Intendantur/forvaltning/idrett/velferd
 63 = Forpleining/bysse/kjøkken
 64 = Sanitet/sykepleier/lege
 65 = Militærpoliti (MP)
 66 = Musikk
 67 = Annet

Har du tjenestegjort noen av disse stedene?

Nei



Gå til spørsmål 16.

Ja



Hvis ja, skriv *kategorinummeret* for hvert arbeidssted inn i det første feltet i tabellen nedenfor (ta med 1. gangs tjeneste), og fyll inn årstall for når du begynte og sluttet, og til slutt *kategorinummeret* for tjenesteområdet. Begynn med ditt første arbeidssted.

Kategori arbeidssted	Begynte år	Sluttet år	Kategori tjenesteområde
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

+

forts.

	Kategori arbeidssted	Begynte år	Sluttet år	Kategori tjenesteområde
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

+

16. Har du i ditt arbeid i Sjøforsvaret nå eller tidligere vært i kontakt med eller jobbet med noen av disse stoffene/har du vært utsatt for noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje og angi på den måten en gradering.)

	Aldri	Svært lite	En del	Mye	Svært mye	Vet ikke
Løsemidler/maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudkontakt med olje/bensin/diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damp fra olje/bensin/diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyk fra oljebrann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprøytemidler mot udyr/ugras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv fra sandblåsing/sliping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveising/skjærebrenning/skrogarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bly (kuler/våpen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksploder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere HF antenner enn 10 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere sambandsinstallasjoner/ senderantenne enn 3 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere radar enn 5 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrasjoner / risting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivningsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge løft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vridde arbeidsstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med armer over skulderhøyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiv røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asbest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17a. Har du i ditt arbeid i Sjøforsvaret vært utsatt for hendelser som du opplevde som livstruende? (Sett ett kryss)

Ja, en gang

Ja, flere ganger Hvis ja, før på antall ganger:

+

Nei → Gå til spørsmål 18.

17b. Dersom du en eller flere ganger har vært utsatt for livstruende hendelser i Sjøforsvaret, i hvilken grad har du lagt eller ikke lagt disse hendelsene bak deg? (Sett ett kryss)

Lagt dem helt bak meg.

Lagt dem en god del bak meg.

Lagt dem litt bak meg.

+

Ikke lagt dem bak meg.

Har ikke gjort meg opp noen mening om det.

+

Yrkeserfaring og eksponeringer utenom Sjøforsvaret

18. Har du utenom Sjøforsvaret, i annet arbeid eller fritid, vært i kontakt med noen av disse stoffene/har du vært utsatt for noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje og angi på den måten en gradering.)

	Aldri	Svært lite	En del	Mye	Svært mye	Vet ikke
Løsemidler/maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudkontakt med olje/bensin/diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damp fra olje/bensin/diesel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyk fra oljebrann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprøytemidler mot udyr/ugras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv fra sandblåsing/sliping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveising/skjærebrenning/skrogarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bly (kuler/våpen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksploder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere HF antenner enn 10 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere sambandsinstallasjoner/ senderantenne enn 3 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobbet nærmere radar enn 5 meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrasjoner/risting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivningsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge løft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vridde arbeidsstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med armer over skulderhøyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passiv røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asbest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

19a. Har du utenom Sjøforsvaret vært utsatt for hendelser som du opplevde som livstruende? (Sett ett kryss)

- Ja, en gang
- Ja, flere ganger Hvis ja, før på antall ganger:
- Nei → Gå til spørsmål 20.

+

19b. Dersom du en eller flere ganger har vært utsatt for livstruende hendelser utenom Sjøforsvaret, i hvilken grad har du lagt eller ikke lagt disse hendelsene bak deg? (Sett ett kryss)

- Lagt dem helt bak meg.
- Lagt dem en god del bak meg.
- Lagt dem litt bak meg.
- Ikke lagt dem bak meg.
- Har ikke gjort meg opp noen mening om det.

+

+

Yrkeserfaring utenom Sjøforsvaret

20a. Har du yrkeserfaring utenom Sjøforsvaret?

Ja → Hvor mange måneder eller år?

Måneder

--	--

eller

År

--	--

+

Nei → Gå til spørsmål 21.

20b. Hvilke type arbeid har du hatt utenom Sjøforsvaret? Her ber vi deg om å plassere hver type jobb i en av disse kategoriene:

1 = Primærnæring (jordbruk, skogbruk, fangst og fiske)

3 = Industri

2 = Håndverk

4 = Annet

Skriv *nummeret* for hver type jobb inn i første kolonne nedenfor, sammen med opplysninger om når du begynte, når du sluttet, og yrkestittel. Eksempelet er fylt ut for en som har arbeidet som elektriker i byggebransjen fra 1996 til 2000.

Jobb-kategori nr	Begynte år	Sluttet år	Yrkestittel
Eks.: 2	96	00	E L E K T R I K E R

+

Egen helse

21a. Hvor mye veier du?

--	--	--

kg

21b. Hvor høy er du?

--	--	--

cm

22. Har du vært til røntgen- eller skjermbilde kontroll av lungene?

Ja →

Hvis ja, fyll ut årstall for siste undersøkelse:

Årstall

--	--	--	--

Nei

+

+

+

Spørsmålene 23-33 handler om hvordan du ser på din egen helse. Noen av dem kan virke unødvendige, men vi ber deg likevel svare på alle. Hvert spørsmål skal besvares ved å sette ett kryss i den ruten som passer best for deg.

23. Stort sett, vil du si at din helse er:
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Utmerket | Meget god | God | Nokså god | Dårlig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan er din helse nå?

- | | | |
|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Mye bedre enn for ett år siden | + |
| | <input type="checkbox"/> Litt bedre enn for ett år siden | |
| + | <input type="checkbox"/> Omtrent den samme som for ett år siden | |
| | <input type="checkbox"/> Litt dårligere enn for ett år siden | |
| | <input type="checkbox"/> Mye dårligere enn for ett år siden | + |

25. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vaske eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

	Ja	Nei
a. Du har måttet redusere tiden brukt på arbeid eller på andre gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du har utrettet mindre enn du ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Du har hatt problemer med å gjennomføre arbeidet eller andre gjøremål (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f.eks. å være deprimeret eller engstelig)?

	Ja	Nei
a. Du har måttet redusere tiden brukt på arbeid eller på andre gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Du har utrettet mindre enn du ønsket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

28. I løpet av de 4 siste ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

- Ikke i det hele tatt Mye
 Litt Svært mye
 En del

+

+

29. Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de 4 siste ukene?

- Ingen Moderate
 Meget svake Sterke
 Svake Meget sterke

30. I løpet av de 4 siste ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

- Ikke i det hele tatt Mye
 Litt Svært mye
 En del

+

+

31. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativ som best beskriver hvordan du har hatt det.

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a. Følt deg full av tiltakslyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vært så lang nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatt mye overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Følt deg sliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Følt deg trett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har dine fysiske eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?

+

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Hvor riktig eller gal er hver av de følgende påstander for deg?

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis galt	Helt galt
a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg tror helsen min forverres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg har utmerket helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Nedenfor lister vi opp en del sykdomstilstander. Vi ber deg svare på om du har eller har hatt noen av disse sykdommene.
(Sett ett kryss for hver linje og skriv eventuelt din alder da du fikk sykdommen første gang)

	Nei	Ja	Hvis ja, alder første gang
Allergi i nese og øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Allergi i luftveier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hudallergi (herunder nikkelallergi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Matvare eller legemiddelallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerneslag/hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes mellitus (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/>
Multipel sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hudkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Føflekkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Leukemi/lymfekreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lungekreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brystkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/>
Tykk- eller endetarmskreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Testikkelkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Prostatakreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen type kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvis ja på annen type kreft, sett navn på typen:

35. Bruker du medisin mot høyt blodtrykk? (Sett ett kryss)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt	+
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
+				

36. Har du noen gang det siste året hatt eksem (rød, kløende, sår og sprukken hud)? (Sett ett kryss for hver linje)

	Ja	Nei	
På hendene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
I ansiktet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre steder på kroppen? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

37. Har du og din partner noen gang i mer enn ett år prøvd å bli gravid uten å lykkes? (Sett ett kryss)

	Ja	Nei	Vet ikke	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+

38. Har du i løpet av de to siste årene opplevd dødsfall blant dine nære pårørende/gode venner?

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

39. Har du i løpet av de to siste årene opplevd samlivsbrudd?

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

Muskel- og skjelettplager

40. Har du hatt plager (smerter, ubehag, nedsatt bevegelighet) noen gang siste 12 måneder fra: (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Sjelden	Iblant	Ofte	Svært ofte
Hode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd/hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedre del av rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankel/fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykefravær

41. Har du i Sjøforsvaret hatt sykefravær de siste 12 månedene (regn også med egenmeldinger)?

<input type="checkbox"/> Ja	→ Anslå samlet fravær ved å sette ett kryss:	Mindre enn en uke	En til sju uker	Åtte uker til seks måneder	Over seks måneder
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nei					

42. Har du i løpet av de siste 12 månedene i ditt arbeid i Sjøforsvaret hatt sykefravær på grunn av yrkesskade? (Eksempel: kuttskade, forstuving, sveiseblink)

<input type="checkbox"/> Ja	→ Anslå samlet fravær på grunn av slike skader ved å sette ett kryss:	Mindre enn en uke	En til sju uker	Åtte uker til seks måneder	Over seks måneder
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nei					

+

43. Har du i løpet av de siste 12 månedene i ditt arbeid i Sjøforsvaret hatt sykefravær på grunn av forhold på arbeidsplassen, men som ikke ble regnet som yrkesskade? (Eksempel: stress, tunge løft, stort arbeidspress, konflikter)

- Ja \longrightarrow Anslå samlet fravær på grunn av slike forhold ved å sette ett kryss: Mindre enn en uke En til sju uker Åtte uker til seks måneder Over seks måneder
- Nei +

Barn

44a. Har du eller har du hatt barn du er biologisk mor eller far til?

- Nei \longrightarrow Gå til spørsmål 45a. +
- Ja \longrightarrow Gå til spørsmål 44b. +

44b. Hvis ja, ber vi om at du fyller ut følgende rubrikker ved å sette inn årstall for barnets fødsels år og krysse av i de aktuelle rubrikker:

Barnets fødsels år	Gutt/jente	Misdannelse			Kromosomfeil			For tidlig født			Død før fødsel eller innen en uke etter fødsel		Død første leveår	
		Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja	Nei
Barn 1 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 2 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 3 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 4 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 5 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 6 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 7 <input type="text"/>	<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"/>
Barn 8 <input type="text"/>	<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"/>

Antall

44c. Antall barn til sammen hvis du har flere enn åtte:

+

+

Sykdom i familien

45. Har en eller flere av dine foreldre, søsken eller barn hatt kreft?

		Type kreft:	Mor	Far	Søster	Bror	Egne barn
<input type="checkbox"/> Ja	→ Hvis ja, hvilken type(r)? (Sett det antall kryss som er nødvendig.)	Tykk- eller endetarmskreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nei	↓	Prostatakreft		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vet ikke		Eggstokk kreft	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Brystkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Livmorkreft	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Annen type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vet ikke type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? (Sett ett kryss)

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

47. Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt:
(Sett ett kryss per linje)

Hjerteinfarkt før de fylte 60 år?

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

Hjerneslag/hjerneblødning før de fylte 70 år?

+

+

Alkohol og røykevaner

48a. Bruker du alkohol?

Ja → 48b. Hvis ja, hvor mye drakk du i gjennomsnitt det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året).
(Sett ett kryss per linje)

	0-1 per uke	2-4 per uke	5-8 per uke	9-14 per uke	15-19 per uke	20+ per uke
<input type="checkbox"/> Nei ↓						
Øl, antall 1/2 liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin, antall glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin, antall drinker*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En hel flaske vodka, whisky, osv. tilsvarer 20 drinker, en hel flaske 60% tilsvarer 30 drinker.

49. Bruker du snus?
(Sett ett kryss)

Ja, daglig	Ja, men ikke daglig	Nei, men tidligere	Nei, aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

50a. Har du noen gang røykt daglig?

- Ja → 50b. Hvis du har røykt daglig, ber vi deg om å fylle ut for hver aldersgruppe i livet hvor mange sigaretter, piper eller sigarer du i gjennomsnitt røykte per dag i den perioden.

Nei (gå til spørsmål 51)

		Antall sigaretter, piper eller sigarer per dag.							
Alder		0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30+
	15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	50-59 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	60+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50c. Hva slags type tobakk røyker eller røykte du mest av? (Sett ett kryss)

- Ferdigsigaretter
 Rulletobakk
 Ferdigsigaretter og rulletobakk
 Pipetobakk
 Sigarer

50d. Røyker du i dag? Ja Nei (har sluttet)

Fysisk aktivitet

51. Hvordan har din fysiske aktivitet i arbeidstiden vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året, regn ikke med arbeidsvei. Besvar begge spørsmålene ved å sette ett kryss for hver linje.

	Timer per uke			
	Ingen	Under 1 t.	1-2 t.	3 t. og mer
Lett aktivitet (<i>ikke svett/andpusten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (<i>svett/andpusten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Benytter du deg av muligheten for å trene inntil 2 timer per uke i arbeidstiden? (Sett ett kryss)

Hver uke	Annenhver uke	Hver måned	Sjeldnere/aldri	Kjenner ikke til ordningen	Ikke aktuelt for min stilling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene ved å sette ett kryss for hver linje.

	Timer per uke			
	Ingen	Under 1 t.	1-2 t.	3 t. og mer
Lett aktivitet (<i>ikke svett/andpusten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (<i>svett/andpusten</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL 2

Besvarelse av spørreskjemaet

På følgende sider vil du finne spørsmål og påstander om arbeidet ditt og organisasjonen som du arbeider i. Formålet med spørreskjemaet er å samle informasjon som behøves for å utvikle og forbedre din arbeidssituasjon og arbeidsmiljøet.

Ta den tiden du trenger for å svare. Du avgir svar på de fleste spørsmålene ved å sette ett kryss for det svaralternativet som passer best med din oppfatning.

+

For eksempel:

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
Må du skynde deg for å få arbeidet ditt gjort?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jobbkrav

	+	+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
12. Er arbeidsbelastningen din ujevn slik at arbeidet hopper seg opp?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Må du arbeide overtid?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har du for mye å gjøre?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Krever arbeidet ditt fysisk utholdenhet?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Krever arbeidet ditt raske avgjørelser?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er arbeidsoppgavene dine for vanskelig for deg?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Krever arbeidet ditt maksimal oppmerksomhet?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Krever arbeidet ditt bevegelser med høy presisjon?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Forekommer det avbrytelser som forstyrrer arbeidet ditt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Krever ditt arbeid kompliserte avgjørelser?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Er arbeidet ditt ensformig?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Må du gjenta den samme arbeidsoperasjonen med få minutters mellomrom?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Utfører du arbeidsoppgaver som du trenger mer opplæring for å gjøre?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Er dine spesialkunnskaper og ferdigheter nyttige i arbeidet ditt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ser du på arbeidet ditt som meningsfylt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Krever jobben din at du lærer deg nye kunnskaper og nye ferdigheter?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Er det mulig å ha sosial kontakt med kolleger mens du arbeider?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Har du vært utsatt for trusler eller vold på jobben i løpet av de siste to årene?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fører feil som du måtte gjøre i ditt arbeid til risiko for personlige skader?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Fører feil som du måtte gjøre i ditt arbeid til risiko for økonomiske tap?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

34. Omfatter ditt arbeid kontakt med kunder eller klienter?

- Nei
- Ja, for det meste indirekte kontakt (ved post, telefaks, e-post, osv.) +
- Ja, for det meste direkte kontakt (ansikt til ansikt kontakt eller med telefon)
- Ja, like meget direkte og indirekte kontakt

Hvis du kryssset av på ett av ja spørsmålene, vær vennlig å besvare følgende spørsmål (35 - 37).

+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
35. Inneholder arbeidet ditt <u>personlig</u> kontakt med kunder eller klienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Må du ta imot og behandle klager fra kunder eller klienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Er du fornøyd med din evne til å ha et godt forhold til kundene eller klientene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rolleforventninger

+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
38. Er det fastsatt klare mål for din jobb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Vet du hva som er ditt ansvarsområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Får du oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontroll i arbeidet

+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
45. Hvis det finnes flere forskjellige måter å utføre arbeidet ditt på, kan du selv velge hvilken framgangsmåte du skal bruke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Kan du påvirke mengden av arbeid som blir tildelt deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Kan du selv bestemme når du skal ta pauser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Kan du selv bestemme lengden på pausene dine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kan du selv bestemme arbeidstiden din (fleksitid)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Kan du påvirke avgjørelser om hvilke personer som du skal samarbeide med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Kan du selv bestemme når du skal ha kontakt med klienter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forutsigbarhet i arbeidet

+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
54. Vet du hva slags oppgaver du kan få en måned frem i tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Vet du hvem som blir dine medarbeidere en måned frem i tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Vet du hvem som blir din overordnede en måned frem i tiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
57. Er det nødvendig å vise andre at du er dyktig og kompetent, for at du skal få fine arbeidsoppgaver eller prosjekter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Opplever du at du har noen eller en organisasjon som verner dine interesser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Går det rykter om forandringer på din arbeidsplass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
60. Vet du hva som kreves for å få en jobb som du synes er attraktiv og fin om to år fra nå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Vet du hva som må læres og hvilke nye ferdigheter som du må tilegne deg, for å ha en jobb som du synes er attraktiv om to år fra nå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Foretrekker du utfordringer ved stadig å gå løs på nye oppgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Foretrekker du utfordringer ved å arbeide sammen med nye arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Foretrekker du utfordringer ved å arbeide på forskjellige steder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sosialt samspill

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
72. Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Om du trenger det, er dine arbeidskolleger villige til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Om du trenger det, er din nærmeste sjef villig til å lytte til deg når du har problemer i arbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Om du trenger det, kan du snakke med dine venner om problemer du har i arbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Om du trenger det, kan du snakke med din partner eller en annen nær person om problemer du har i arbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Bli dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Har du lagt merke til forstyrrende konflikter mellom arbeidskolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
--	---------------------------------------	------------	-----	-------------	-------------

80. Føler du at du kan stole på at venner og familie vil støtte deg hvis det blir vanskelig på jobben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

+

+

Mobbing og trakassering

*Mobbing og trakassering (plaging, fornærmelser, negativ særbehandling) er et problem ved noen arbeidsplasser og for noen arbeidstakere. For å kalle noe for mobbing eller trakassering må den negative særbehandlingen forekomme flere ganger over et tidsrom, og personen som er utsatt må ha hatt vanskeligheter med å forsvare seg. Man regner det **ikke** som mobbing eller trakassering hvis to personer som er omtrent like sterke er i konflikt med hverandre eller hvis det bare er snakk om en enkeltstående episode.*

81. Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering på din arbeidsplass i løpet av de siste seks måneder?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	+
82. Hvor mange personer har du sett bli utsatt for mobbing eller trakassering i løpet av de siste seks måneder?	Menn <input type="text"/>	Kvinner <input type="text"/>	
83. Har du selv blitt utsatt for mobbing eller trakassering på arbeidsplassen i løpet av de siste seks måneder?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	+

Lederskap

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
84. Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å delta i viktige avgjørelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å si fra når du har en annen mening? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Hjelper din nærmeste sjef deg med å utvikle dine ferdigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Prøver din nærmeste sjef å løse problemer med en gang de dukker opp? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
88. Stoler du på ledelsens evne til å ivareta bedriftens/virksomhetens fremtid? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
89. Fordeler din nærmeste sjef arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Behandler din nærmeste sjef de ansatte rettferdig og upartisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Er forholdet mellom deg og din nærmeste sjef en kilde til stress for deg? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Organisasjonsklima

Hvordan er klimaet i din arbeidsenhet?

+

	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
92. Konkurransorientert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Oppmuntrende og støttende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Mistroisk og mistenksomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Avslappet og behagelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Stivbeint og regelstyrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
97. Tar de ansatte selv initiativ på ditt arbeidssted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Blir de ansatte oppmuntret til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre på ditt arbeidssted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Er det god nok kommunikasjon i din avdeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Har du lagt merke til om menn og kvinner blir behandlet ulikt på arbeidsstedet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Har du lagt merke til om eldre og yngre arbeidstakere blir behandlet ulikt på arbeidsstedet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Får du belønning for velgjort arbeid i din bedrift/virksomhet? (penger, oppmuntring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Blir de ansatte tatt godt vare på ved din bedrift/virksomhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Hvor meget er ledelsen i din bedrift/virksomhet opptatt av den ansattes helse og velvære?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samspill mellom arbeid og privatliv

+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
105. Hender det at kravene på jobben forstyrrer ditt hjemmeliv og familieliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Hender det at krav fra familien eller ektefelle/partner forstyrrer utførelsen av arbeidet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Engasjement i organisasjonen

De følgende utsagn handler om engasjement i organisasjonen. Med organisasjon menes her bedriften eller virksomheten du arbeider i. Oppgi i hvilken grad du personlig er enig eller uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
109. Jeg sier til mine venner at dette er en god organisasjon å arbeide i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Mine verdier er veldig like organisasjonens verdier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Denne organisasjonen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gruppearbeid

	Nei	Ja	+		
112. Er du medlem av en fast arbeidsgruppe eller team?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<i>Hvis du svarte 'ja', vær vennlig å besvar følgende spørsmål (113 - 116).</i>					
	Svært lite eller ikke i det hele tatt	Nokså lite	Noe	Nokså meget	Svært meget
113. Setter du pris på å være medlem av arbeidsgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
114. Utføres arbeidet i gruppen på en fleksibel måte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Er gruppen din dyktig til å løse problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Hvor ofte har din arbeidsgruppe møter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeidsmotivasjon

Når du skal vurdere en ideell jobb, hvor viktig er følgende forhold:

	+	Ikke viktig i det hele tatt	Nokså uviktig	Ganske viktig	Veldig viktig	Helt nødvendig
117. Å utvikle seg personlig gjennom jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Å få god lønn og materielle goder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. At arbeidet er konfliktfritt og velordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Å få opplevelsen av å gjøre noe verdifullt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. At arbeidet er trygt med fast inntekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. At det fysiske arbeidsmiljøet er fritt for farer og helseskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Å kunne bruke min fantasi og kreativitet i arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SLUTT

Etter at du har fylt ut skjemaet, kan du legge det i den vedlagte returkonvolutten og klistre den igjen.

Vi ber deg sende inn skjemaet selv om ikke alt er fylt ut.

Porto er betalt.

+

TAKK FOR AT DU HAR TATT DEG TID TIL Å DELTA I UNDERSØKELSEN!



Bergen, oktober 2002

Til de ansatte i Sjøforsvaret og øvrig befal og sivile tilknyttet Sjøforsvaret

SPØRREUNDERSØKELSE – PROSJEKT HMS Sjø

Seksjon for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen har fått som oppgave å gjennomføre en kartlegging av helse, miljø og sikkerhet for de ansatte i Sjøforsvaret og øvrig befal og sivile tilknyttet samme forsvarsgren, og vi håper du vil hjelpe oss med denne.

En viktig del av kartleggingen er gjennomføring av denne spørreundersøkelsen, som består av to deler. Del 1 er til dels utviklet i forbindelse med Prosjektet HMS Sjø, men tar også opp generelle spørsmål rundt fysisk og psykisk helse. Spørsmålene er detaljerte for best mulig å finne sammenhenger mellom arbeidsmiljøet og de ansattes helse. Del 2 tar opp spørsmål om det psykososiale arbeidsmiljøet og er utviklet av en Nordisk ekspertgruppe. Denne delen vil kunne gi informasjon om viktige miljømessige tiltak for å bedre arbeidsmiljøet eller opprettholde et godt arbeidsmiljø. Det er fint om du svarer på alle spørsmålene, men dersom det er noen du ønsker å hoppe over, ber vi deg likevel svare på de resterende. Det vil ta cirka en time å fylle ut spørreskjemaet.

I prosjektperioden vil det være mulig å knytte dataene mot person for lege på Universitetet i Bergen. Legen kan kontakte deg dersom det finnes grunner til å gjøre en videre helseundersøkelse av deg ut fra de opplysningene du gir. Dette kan du imidlertid reservere deg mot på det vedlagte skjemaet for samtykke. Dataene mottas og behandles av personer med taushetsplikt. Skjemaene vil bli oppbevart nedlåst. Datafiler vil kun være tilgjengelig for de prosjektansvarlige.

Prosjektet innebærer også at vi senere kan koble data fra spørreskjemaet mot Kreftregisteret, for å undersøke forekomst av kreft blant ansatte i Sjøforsvaret.

Når prosjektet er ferdig, makuleres personidentifiserbare data ved Universitetet og Kreftregisteret. Dataene skal videre lagres i Forsvarets helseregister. Dette er under etablering, og gjør det mulig å forske på helse i Sjøforsvaret i fremtiden. Dataene vil ikke være tilgjengelig for Forsvarets ledelse.

Ledelsen for Prosjekt HMS Sjø vil få en rapport fra undersøkelsen som vil inneholde anonymiserte data slik at enkeltpersoner og mindre arbeidsenheter ikke kan identifiseres. Rapporten vil danne grunnlag for Sjøforsvarets oppfølging av helse, miljø og sikkerhet for de ansatte i årene som kommer.

Ferdig utfylt skjema legges i vedlagte returkonvolutt, som limes igjen og postlegges. Vi ber deg fylle ut skjemaet og postlegge det innen 1. november 2002, sammen med din underskrift om at du har lest dette brevet og samtykker i å delta i undersøkelsen (se neste side).

Vi gjør oppmerksom på at det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du har rett til å trekke deg underveis.

Dersom du har spørsmål kan du kontakte: Seksjon for arbeidsmedisin på tlf. 55 58 62 99.

Bente Moen
professor/lege

Kristin Bondevik
sykepleier

Nils Magerøy
lege/forsker

Gateadresse:
Ulriksdal 8c

Postadresse:
5009 BERGEN

Telefon:
55 58 61 00

Telefaks:
55 58 61 05



SAMTYKKESKJEMA

Det er viktig at du signerer på dette arket og sender det til oss sammen med utfylt spørreskjema.

SAMTYKKE

1. Jeg har lest informasjonsbrevet om spørreskjema undersøkelsen i Sjøforsvaret oktober 2002, og samtykker i å fylle ut skjemaet.
2. Jeg samtykker også i at mine data kan kobles til kreftregisteret, og på den måten gjøre det mulig å studere forekomst av kreft blant ansatte i Sjøforsvaret.
3. Jeg er kjent med at datene til sist skal lagres i Forsvarets helseregister.

Jeg ønsker / ønsker ikke at lege skal ta kontakt med meg dersom det finnes medisinsk grunn for det (stryk det som ikke passer).

Jeg ønsker / ønsker ikke at mine data skal bli koblet mot Kreftregisteret, for å være med i et studium av kreftforekomst i Sjøforsvaret (stryk det som ikke passer).

Jeg ønsker / ønsker ikke at mine data skal lagres i Forsvarets helseregister, slik at de kan brukes i fremtidig forskning på helse i Sjøforsvaret (stryk det som ikke passer).

Dato: _____

Navn: _____

PROSJEKT HMS Sjø

Som Generalinspektør i Sjøforsvaret har jeg et mål om å gi alle medarbeidere et trygt og givende arbeidsmiljø.

I flere år har det vært stilt spørsmål om Sjøforsvaret har utsatt personellet og deres familier for helsefare. Det er en situasjon ingen av oss kan leve med. I januar 2001 besluttet jeg sammen med Forsvarets øvrige ledelse å gjennomføre en kartleggingsundersøkelse for å avdekke om Sjøforsvarets aktiviteter er eller har vært helsefarlig.

Kartleggingen er nå i en fase der helseforholdene for den enkelte medarbeider skal samles inn for statistisk bearbeidelse. Målet er å se om tjenestested og tjenestetype kan ha medført helseskade på Sjøforsvarets personell eller deres barn. Skjema blir sendt ut til alle som er ansatt i Sjøforsvaret og i FLO/SJØ.

For å sikre uavhengig vurdering av innsamlede data gjennomføres undersøkelsen av Universitetet i Bergen i samarbeid med Kreftregisteret. Utformingen av skjema er gjort i samråd med sivile og militære tillitsmannsorganisasjoner. Undersøkelsen er klarert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Helseregion Vest og godkjent av Datatilsynet.

Jeg vil understreke at deltakelsen i undersøkelsen er frivillig.

ID nr. i studien(fylles ut av prosjektleder)_____

**SPØRRESKJEMA FOR DELTAGERE I STUDIEN
“ELEKTROMAGNETISKE FELT OG FORPLANTING!”**

Vennligst fyll ut følgende informasjon:

1. Studier og arbeid

Hvor mange år har du gått på medisinstudiet?

Antall år _____

Hvor mange år har du arbeidet før du begynte på dette studiet?

Antall år _____

Hva slags type arbeid har dette i så fall vært? Gi stikkord

2. Egen helse

Høyde: _____ cm

Vekt: _____ kg

Stort sett, vil du si din helse er (kryss av)

Svært dårlig/dårlig/god/meget god/svært god

3. Barn

Har du egne biologiske barn? Ja/nei

I så fall hvor mange? Antall _____

4. Bruk av mobiltelefon

Hvor mange minutter snakker du gjennomsnittlig i mobiltelefon daglig?

Antall min. _____

Hvor mange samtaler har du gjennomsnittlig med mobiltelefon daglig?

Antall samtaler: _____

Pleier du å bruke ”handsfree” telefon? Ja/nei

Hvis du bruker ”handsfree”, hvor har du telefonen under samtalen?

Beskriv kort: _____

Har du 3G telefon?: Ja/nei

5. Trening

Hvor ofte trener du ? Daglig/2-3 ganger per uke/1g uke/sjeldnere

ID nr. i studien(fylles ut av prosjektleder) _____

**SPØRRESKJEMA FOR DELTAGERE I STUDIEN
“ELEKTROMAGNETISKE FELT OG FORPLANTING!”**

Vennligst fyll ut følgende informasjon:

1. Veien hit

Hvordan kom du deg hit i dag tidlig?

Gikk: Ja/ nei

Normalt eller raskt tempo?

Jogget: Ja/ nei

Sykklet: Ja/ nei

Normalt eller raskt tempo?

Kjørte selv/ off. transport? Ja/ nei

2. Søvn

Har du sovet normalt i natt? Ja/ nei

Hvor mange timer? _____

Har du vært våken de siste 1.5 timer? _____

3. De siste 12 timer har jeg ikke:

- drukket kaffe: _____

- drukket te: _____

- drukket cola: _____

- drukket alkoholholdig veske: _____

- annet sentralstimulerende middel: _____

4. Siste uke:

Fysisk aktivitet sist uke har vært normal: Ja/ nei

Omtrentlig antall timer: _____

Jeg har trent mer enn normalt denne uken: Ja/ nei

Jeg har trent mindre enn normalt denne uken: Ja/ nei

Jeg har sovet lite siste uke: Ja/ nei

Jeg har sovet mye siste uke: Ja/ nei

Det har blitt mye stress og kaffe sist uke: Ja/ nei

Mobiltelefonbruken sist uke har vært normal: Ja/ nei

Ved nei: Mer/ mindre

Jeg har vært syk: Ja/ nei

Hva slags sykdom: _____



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Elektromagnetiske felt og forplantning”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å skaffe tilveie mer kunnskap om elektromagnetiske felt og dets eventuelle påvirkning av vår helse. Elektromagnetiske felt er en del av dagliglivet i vår vestlige verden, med utstrakt bruk av radio, fjernsyn, mobiltelefoner og elektriske apparater. Det finnes begrenset kunnskap om forekomsten av mulige negative helseeffekter av dette. Vi spør mannlige medisinstudenter om å være med i denne studien.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest Norge den 1.6.2010, saksnr. 2010/1271.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du blir tatt bilde av i en magnettomograf (MR-maskin), på samme måte som en pasient. MRI (Magnetic Resonance Imaging) er en metode hvor det tas bilder av kroppen uten bruk av røntgenstråler. I denne undersøkelsen vil det bare bli tatt bilde av hjernen. MR-maskinen har elektromagnetiske felt. Undersøkelsen foregår ved at du ligger på en benk som kjøres inn i MR-maskinens magnetfelt. Det er avgjørende at du ligger helt rolig med hele kroppen under opptakene. Under opptakene hører du støy. Dette er helt normalt og kommer fra selve maskinen. Undersøkelsen tar ca. en time.

Videre vil vi undersøke hormoner i blodet ditt, om disse endres i løpet av en slik undersøkelse. Vi undersøker kjønnshormoner (inhibin B, testosteron, østrogen, prolaktin) og hypofysehormoner (FSH/LH, SHBG, TSH). Dette betyr at vi vil ta en blodprøve av deg før og etter MR-undersøkelsen. Undersøkelsen skal utføres to ganger, en gang i en ekte MR-maskin og en gang i en falsk maskin som ikke gir eksponering for elektromagnetiske felt. Vi vil også ta en blodprøve av deg en uke etter at du er ferdig med det to MR-undersøkelsene.

Ikke alle kan delta

Det er enkelte personer som ikke kan delta i MR-undersøkelser, da det er enkelte forhold som kan forstyrre resultatene våre. Derfor må du svare på følgende spørsmål:

- *Har du operert inn metallgjenstander i kroppen (for eksempel pacemaker, hofteprotese eller elektroder?)
- *Har du metallsplinter i øynene eller andre steder i kroppen?
- *Har du tannregulering?
- *Har du vært operert i hodet, øynene, ørene eller hjertet?
- *Er du over 40 år?
- *Røker du?
- *Har du en alvorlig sykdom, for eksempel kreft?
- *Har du en kjent infertilitet?
- *Har du hatt urinveis- eller kjønnssykdom med komplikasjoner?
- *Har du en pågående infeksjonssykdom med feber eller urinveis- eller kjønnssykdom (for eksempel klamydia, gonoré)?

Hvis du svarer ”ja” på et av disse spørsmålene, kan du ikke være med i undersøkelsen.

Er det noen komplikasjoner?

MR-undersøkelsen er vanligvis uten komplikasjoner. Så langt vi vet i dag er det ingen risiko eller bivirkninger knyttet til MR-undersøkelser, så lenge du overholder de sikkerhetsinstruksjoner som blir gitt før undersøkelsen. Tatoveringer eller makeup kan imidlertid gi hudirritasjoner. Blodprøvene medfører lite ubehag.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Vi ber om personnummeret ditt. Dette brukes kun for å merke blodprøvene, for å unngå forvekslinger i laboratoriene som analyserer dem. Alle opplysninger og prøvesvar tilknyttet din person vil bli oppbevart nedlåst. Du får en kode som knyttes til dine opplysninger og prøver. Koden står på en manuell navneliste som oppbevares nedlåst. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle data legges i en database uten navn, der din identitet er knyttet til denne koden.

Vi vil publisere fagartikler fra denne studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Prosjektperioden er fra 1.mai 2010 til 1.mai 2015. Etter denne tid blir all informasjon fra studien makulert og alle datafiler slettet. Blodprøvene blir destruert tidligere, rett etter at de er analysert.

Oppdagelse av eventuell sykdom eller andre funn ved undersøkelsen

MR-undersøkelsen du skal være med på er knyttet til forskning, og ikke først og fremst egnet til å oppdage sykdommer. Alle MR-bildene av hjernen din vil imidlertid rutinemessig bli gransket av medisinsk ansvarlig lege (nevreradiolog) på et senere tidspunkt. Om det oppdages noe som kan type på sykdom, vil vi kontakte deg for videre utredning og/eller henvisning til riktig avdeling eller sykehus. Dersom vi finner unormale blodprøvesvar, vil du bli kontaktet av oss og informert om dette, og vi vil bistå med informasjon videre til fastlege dersom du ønsker dette.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Honorar

Da studien medfører en del tidsbruk for deg, vil du motta kr. 500 for hver undersøkelse i MR-maskinen som et honorar. Summen, kr. 1000, utbetales når begge MR-undersøkelser og siste blodprøve er tatt.

Deltagelse og videre avtaler

Hvis du vil delta i studien, ber vi deg signere på vedlagte samtykkeark, og fylle ut kontaktinformasjon, putte dette i vedlagte konvolutt og levere dette til oss nå på informasjonsmøtet. Vi vil deretter kontakte deg for videre avtaler om undersøkelsene.

Dersom du ikke kan eller vil delta, legger du arket usignert i konvolutten.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede.

Ole Jacob Møllerløyken
Lege, forskningsstipendiat
tlf 55 58 61 16 /970 42 384
Universitetet i Bergen

Bente E. Moen
professor
tlf. 55 58 61 12 /900 25 541
Universitetet i Bergen



SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I STUDIEN

”Elektromagnetiske felt og forplantning”

Jeg har lest informasjonen om prosjektet og er villig til å delta i studien ”Elektromagnetiske felt og forplantning”.

Jeg bekrefter at jeg er under 40 år og at jeg ikke røker, samt at jeg ikke har

- operert inn metallgjenstander i kroppen (for eksempel pacemaker, hofteprotese eller elektroder), at
- metallsplinter i øynene eller andre steder i kroppen
- tannregulering
- vært operert i hodet, øynene, ørene eller hjertet
- hatt urinveis- eller kjønns sykdom med komplikasjoner
- en alvorlig sykdom, for eksempel kreft
- en kjent infertilitet?
- en pågående infeksjonssykdom med feber eller urinveis- eller kjønns sykdom (for eksempel klamydia, gonoré)

Dato

Signatur

Min kontaktinformasjon er:

Navn _____

Adresse _____

Personnummer _____

Mobiltelefon _____

e-post adresse _____

ID nr. i studien (fylles ut av prosjektleder) _____