

# **Appendix 1**

## **Questionnaire 1**



HELSEUNDERSØKELSEN  
I NORD-TRØNDELAG

*«JA, nå er det  
min tur!»*



## Personlig innbydelse



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

	JA	NEI
Beinskjørhet (osteoporose) ..... 78		
Fibromyalgi (fibrositt/kronisk smertesyndrom)		
Leddgikt (reumatoid artritt) .....		
Slitasjegikt (artrose) .....		
Bechterews sykdom ..... 82		
Andre langvarige skjelett- eller muskelsykdommer		

Har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder siste gang
Lårhalsbrudd ..... 84			år
Brudd i håndledd/underarm ..... 87			år
Nakkesleng (whiplash) ..... 90			år
Skade som førte til sykehusinnleggelse			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"/>	<input type="checkbox"/>
Brystbrann/sure oppstøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaré .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød ..... 101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANDRE SYKDOMMER

Har du eller har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder første gang
Epilepsi ..... 102			år
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp			år
Kreftsykdom ..... 108			år
Annen langvarig sykdom ..... 111			

## DAGLIGE FUNKSJONER

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

Langvarig: minst ett år

Hvis JA:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelseshemmet ..... 113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt syn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykiske plager... 117	<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

Sett 0 hvis du ikke har født barn

Antall barn
-------------

Hvis du har født barn, besvar:

Hvor gammel var du da du fødte ditt første barn? ..... 120	Alder
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

Sett 0 hvis du ikke noen gang har hatt menstruasjon

Fortsett neste spalte øverst

år
----

## RØYKING

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? ..... 126

JA	NEI
----	-----

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

Antall timer
--------------

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfylt rom

Røyker du selv?

Sigaretter daglig? ..... 130

Sigarett/sigarillos daglig? .....

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 sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? ..... 136

Antall sigaretter
-------------------

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

Kokekaffe ..... 144

Annen kaffe ..... 146

Te ..... 148

Antall kopper
---------------

Alkohol:

Er du total avholdsmann/-kvinne? .... 150

JA	NEI
----	-----

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? ..... 151

Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd.

Antall ganger
---------------

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

Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol 153

	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

Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) ..... 160

UNDER ARBEID

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid:

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? Bare ett kryss

For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering) ..... 161  1

Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisning) .....  2

Arbeid hvor du går og løfter mye (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid) .....  3

Tungt kroppsarbeid (f.eks. skogsarbeid, tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)  4

Bla om!

## HVORLEDES FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

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

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 langsommere** 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 rastløs 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

- Ofte .....  1 Ikke så ofte .....  3  
Fra tid til annen .....  2 Svært sjelden .....  4

## UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

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

## ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

Ett eller flere kryss

- Lønnet arbeid ..... 183   
Selvstendig næringsdrivende .....   
Heltids husarbeid .....   
Utdanning, militærtjeneste .....   
Arbeidsledig, permittert .....   
Pensjonist/trygdet ..... 188

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uka? .....

Antall timer

189

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  1  
Meget fornøyd .....  2  
Ganske fornøyd .....  3  
Både/og .....  4  
Nokså misfornøyd .....  5  
Meget misfornøyd .....  6  
Svært misfornøyd .....  7

## DIN LEGE

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

193

Skriv navnet på legen her:

Ikke skriv her

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

Velkommen til undersøkelsen!

NORD-TRONDELAG



## **Appendix 2**

**Questionnaire 2 – one of several versions**





Takk for frammettet til undersøkelsen!

Vi vil også be deg fylle ut dette spørreskjemaet. Opplysningene vil bli brukt i større forskningsarbeid om forebyggende helsearbeid. Noen av spørsmålene likner på spørsmål du har svart på i det skjemaet du fylte ut hjemme og leverte ved frammettet 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 opplysningene er underlagt streng taushetsplikt.

Vennlig hilsen

Helsejensstenen i Nord-Trøndelag

Statens Institutt for Folkehelse Statens helseundersøkelser

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

### UTFYLING

Dato for utfylling av skjema:  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.	Dag	Ektefelle/ selv samboer
Spesialarbeider eller ufaglært arbeider .....	25 <input type="checkbox"/>	<input 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 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"/>
Annen selvstendig næringsvirksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ikke vært i inntektsgivende arbeid .....	35 <input type="checkbox"/>	<input 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 sykfravær:	Ja	Nei
med egenmelding .....	47 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med sykmelding fra lege .....	48 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja»: Hvor lenge tilsammen? Bare ett kryss

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

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

Ja Nei  
50

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

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

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

Ja, nesten alltid .....	<input type="checkbox"/> 1	Ganske sjelden .....	<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

	Ja	Nei	Antall
Ektefelle/samboer .....	54 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre personer over 18 år .....	55 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Personer under 18 år .....	58 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hvor mange av barna har plass i barnehage? .....	61 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvilken type bolig bor du i? Bare ett kryss

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

Hvor stor er din boenhet? .....

kvm

Hvor stor er din boenhet? .....

	Ja	Nei
Er det heldekkende tepper i stua? .....	67 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det heldekkende tepper på ditt soverom? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det katt i boligen? .....	69 <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 ytelser?

	Ja	Nei
Sykepenger/sykelønn/rehabiliteringspenger .....	72 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytelser 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 ytelser .....	<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 sjelden 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?

	Antall
Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg god hjelp når du trenger det .....	82 <input type="text"/>
Tell ikke med de du bor sammen med, men regn med andre slektninger	

Føler du at du har mange nok gode venner? .....

Ja Nei  
84

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. sykkclubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger? 85

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



## HODEPINE

Har du vært plaget av hodepine i løpet av de siste 12 månedene? <sup>209</sup>

Antall anfall siste 12 mndr. <sup>210</sup>

Ja, anfallsvis (migrene).....  1  2  3

Ja, annen slags hodepine....  1  2  3

Nei .....  1  2  3

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 hodepinen vanligvis hver gang? <sup>213</sup> Mindre enn 4 timer  1 4 timer–3 døgn  2 Mer enn 3 døgn  3

Hvor ofte er hodepinen preget av eller ledsaget av:

Ett kryss på hver linje

	Sjelden eller aldri	Av og til	Ofte
bankende/dunkende smerte ..... <sup>214</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pressende smerte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsidighet, alltid samme side.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halvsidighet, vekselvis h. og v. side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smarter i «hele hodet» .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kvalme ..... <sup>219</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lys- og/eller lydskjyhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forverring ved fysisk aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
synsforstyrrelser før hodepine ..... <sup>222</sup>	<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?**

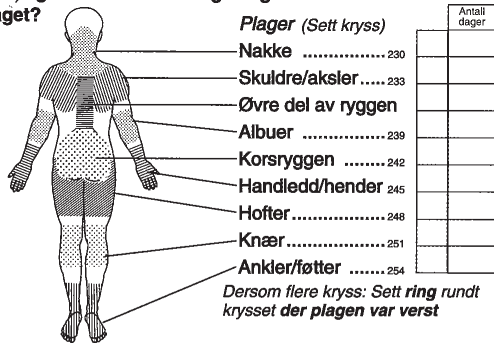
Skriv 0 hvis du ikke har brukt medisinen.

Cafergot  <sup>223</sup> Anervan  <sup>225</sup> Imigran  <sup>227</sup>

## MUSKEL-/SKJELETTPLAGER

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

I arbeidet .....<sup>257</sup> Ja  Nei

I fritida .....<sup>258</sup>

## SMERTER I BEINA

Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? .....<sup>259</sup> Ja  Nei

Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? .....<sup>260</sup>

Har du oppsøkt lege p.g.a. smerter i beina? .....<sup>261</sup>

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

Kan du gå lenger enn 50 meter? .....<sup>262</sup> Ja  Nei

Forsvinner smerten når du står stille en stund? <sup>263</sup>

Må du sette deg for at smerten skal gå over? <sup>264</sup>

Hvor gjør det mest vondt? Ett kryss <sup>265</sup>

Fot  Legg  Lår  Hofte

Ja Nei

Har du smerter i beina når du er i ro? .....<sup>266</sup>

Er smertene verst når du ligger i senga? .....<sup>267</sup>

Blir søvnen forstyrret av smertene? .....<sup>268</sup>

Får du mindre vondt når beinet ligger høyt? .....<sup>269</sup>

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, f.eks. om beinet henger utover sengekanten? .....<sup>270</sup>

Bedres smertene når du står opp og går litt? .....<sup>271</sup>

## URINVEGS- OG PROSTATAPLAGER

Ett kryss på hver linje

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

forstørret prostata .....<sup>272</sup>

prostatakreft .....<sup>273</sup>

Har du gjennomgått noe av følgende: Ja  Nei

sterilisering .....<sup>274</sup>

tatt vevsprøve (biopsi) av prostata .....<sup>275</sup>

kirurgisk fjerning av prostata (helt eller delvis) .....<sup>276</sup>

De neste spørsmålene gjelder siste måned

Bare ett kryss for hvert spørsmål

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

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

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

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du måttet stoppe og starte flere ganger under vannlatingen? <sup>279</sup>

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

Hvor ofte synes du det har vært vanskelig å holde igjen når du har følt trang til å late vannet? <sup>280</sup>

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du hatt svak urinstråle? <sup>281</sup>

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

Hvor ofte har du måttet trykke eller presse for å begynne vannlatingen? <sup>282</sup>

Aldri .....<sup>1</sup>  Omtrent annenhver gang ...  4

Omtrent 1 av 5 ganger .....<sup>2</sup>  Omtrent 2 av 3 ganger .....  5

Omtrent 1 av 3 ganger .....<sup>3</sup>  Nesten alltid .....  6

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

Ingen .....<sup>1</sup>  2 ganger .....<sup>2</sup>  3 ganger .....<sup>3</sup>  4 ganger .....<sup>4</sup>  5

1 gang .....<sup>2</sup>  3 ganger .....<sup>3</sup>  4 ganger eller mer .....<sup>4</sup>  6

Hvis du resten av livet måtte leve med de vannlatingproblemene du har nå, hvordan ville du føle det? <sup>284</sup>

Være meget godt fornøyd ..<sup>1</sup>  Være for det meste tilfreds  5

Være fornøyd .....<sup>2</sup>  Være misfornøyd .....  6

Være for det meste tilfreds .....<sup>3</sup>  Ha det forferdelig .....  7

Ha blandete følelser .....<sup>4</sup>

## HUMØR OG TRIVSEL

Ett kryss på hver linje

**Angi hvordan du har følt deg den siste måneden:**

	<i>Aldri</i>	<i>Noen ganger</i>	<i>Ganske ofte</i>	<i>For det meste</i>
i godt humør ..... <sup>285</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i dårlig humør ..... <sup>286</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Er du rask til å oppfatte et humoristisk poeng?** <sup>287</sup>

<i>Svært treg</i>	<i>Ganske treg</i>	<i>Ganske rask</i>	<i>Svært rask</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Er du enig i at det er noe ansvarsløst over folk som stadig prøver å være morsomme?** <sup>288</sup>

Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup>	Ganske enig ..... <sup>3</sup>
I noen grad ..... <sup>2</sup>	Ja, absolutt ..... <sup>4</sup>

**Er du en munter person?** <sup>289</sup>

Nei, slett ikke ..... <sup>1</sup>	Ganske munter ..... <sup>3</sup>
I noen grad ..... <sup>2</sup>	Ja, absolutt ..... <sup>4</sup>

## 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.** <sup>290</sup>

Nesten aldri ..... <sup>1</sup>	Ganske ofte ..... <sup>3</sup>
Noen ganger ..... <sup>2</sup>	Nesten alltid ..... <sup>4</sup>

**Jeg koker av sinne, men jeg viser det ikke til andre.** <sup>291</sup>

Nesten aldri ..... <sup>1</sup>	Ganske ofte ..... <sup>3</sup>
Noen ganger ..... <sup>2</sup>	Nesten alltid ..... <sup>4</sup>

## HVILE OG AVSLAPPING

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

(nattesøvn, middagshvil) .....<sup>292</sup>

Antall timer
--------------

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

(arbeid, måltider, TV, bil etc.) .....<sup>294</sup>

Antall timer
--------------

**Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?** <sup>296</sup>

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

**Har du siste år vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?** .....<sup>297</sup>

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

**Har du i løpet av siste måned hatt innsøvningsproblemer?** *Bare ett kryss* <sup>298</sup>

Nesten hver natt ..... <sup>1</sup>	Av og til ..... <sup>3</sup>
Ofte ..... <sup>2</sup>	Aldri ..... <sup>4</sup>

**Har du i løpet av siste måned våknet for tidlig og ikke fått sove igjen?** *Bare ett kryss* <sup>299</sup>

Nesten hver natt ..... <sup>1</sup>	Av og til ..... <sup>3</sup>
Ofte ..... <sup>2</sup>	Aldri ..... <sup>4</sup>

**Har du i løpet av siste måned vært plaget av nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs)?** <sup>300</sup>

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

## 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 ..... <sup>301</sup>	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>
hadde problemer med matlysten eller spiste alt for lite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
virkelig bebreidet deg selv og følte deg verdiløs ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hadde problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hadde minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig..... <sup>306</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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. *Ett kryss på hver linje*

	<i>Svært enig</i>	<i>Enig</i>	<i>Uenig</i>	<i>Svært uenig</i>
<b>Jeg har en positiv holdning til meg selv</b> ..... <sup>307</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider** .....<sup>308</sup>

**Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av** .....<sup>309</sup>

**Jeg føler at jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre** .....<sup>310</sup>

**Synes du at du har funnet et virkelig betydningsfullt innhold i livet ditt?** .....<sup>311</sup>

**Føler du at du lever fullt ut?** .....<sup>312</sup>

## HVORDAN DU FØLER DEG NA

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?** <sup>313</sup>

Svært nedstemt .....	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup>
Nedstemt.....	<input type="checkbox"/>	<sup>2</sup>
Nokså nedstemt .....	<input type="checkbox"/>	<sup>3</sup>
Både – og .....	<input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Nokså glad .....	<input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Glad.....	<input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>
Svært glad .....	<input type="checkbox"/>	<sup>7</sup>

**Har du i det store og hele en rolig og god følelse inne i deg?** <sup>314</sup>

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

**Føler du deg stort sett sterk og opplagt, eller trøtt og sliten?** <sup>315</sup>

Meget sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup>
Sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>	<sup>2</sup>
Ganske sterk og opplagt .....	<input type="checkbox"/>	<sup>3</sup>
Både – og .....	<input type="checkbox"/>	<sup>4</sup>
Ganske trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>	<sup>5</sup>
Trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>	<sup>6</sup>
Svært trøtt og sliten .....	<input type="checkbox"/>	<sup>7</sup>

*Legg det utfylte spørreskjemaet i den vedlagte svarkonvolutt og postlegg den så snart som mulig!  
Porto er betalt.  
Hjertelig takk for hjelpa!*

## **Appendix 3**

### **Questionnaire 3 – diabetes**



# hunt-diabetes

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

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

*Lykke til!*

## UTFYLLING

Dato for utfylling av skjema: ..... / 199

## DIAGNOSE

Hvordan ble din diabetes oppdaget?

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

Hvis «Nei»: Gå til TABLETTER

Hvilket årstall begynte du med insulin? ..... 19

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

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

Hvor mange ganger tar du vanligvis insulin hver dag? ..... ganger

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

### TABLETTER

Bruker du tabletter mot din diabetes?..... 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 tablettene her mg pr. tablett antall tabl. pr. dag

skriv navn på tablettene her mg pr. tablett 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) .....

Hvis «Nei»: Gå til LEGEKONTROLL

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

Hva slags metode bruker du når du måler blodsukker?

Strimmel som leses av mot farge på boksen.....   
Apparat som leses 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? ..... Ja Nei

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

Sykehuslege (poliklinikk på sykehus).....

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

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

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

*Bla om!*

## KOSTHOLD

Her er noen utsagn om kost og mat. Svar ut fra det kostholdet du har til daglig (Ett 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 bevisst 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, sjelden .....	<input type="checkbox"/>
Nei, jeg tenker nesten aldri på det .....	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang hatt for lavt blodsukker? («førling», «insulinsjokk») .....

Ja Nei

Hvis «Ja», hvor mange ganger har du hatt det den siste uka? .....

ganger

Har du noen gang hatt så lavt blodsukker («sjokk») at du måtte ha hjelp av andre for å komme over det? .....

Ja Nei

Hvor mange ganger har du ligget på sykehus etter at du fikk diabetes? .....

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SYN

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 grunnstønnad gjennom trygdekantoret for diabetes? .....

Får du særfradrag i skattelikninga fordi du har diabetes? .....

## FOTPROBLEMER

Er du operert for trange blodårer til beina? .....

Ja Nei

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

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

	Ja	Nei	Årstall
tær/forfot? .....	<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 brukt 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 diabetes-kontroll hos lege? .....

Ja Nei Husker ikke

Undersøkes føttene dine regelmessig av: .....

	Ja	Nei
Lege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotterapeut/fotpleier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleier/heimesykepleier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deg selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 hjelpa!