





# HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Adresse endring

T



## Personlig innbydelse

⊥

**S**pørreskjemaet er en viktig del av helseundersøkelsen. Vennligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem stå ubesvart til du møter fram, og drøfter dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.

Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin. Bruk blå eller sort farge ved utfylling. Det er viktig at du går fram slik:

- i de små boksene setter du kryss for det svaret som passer best for deg
- i de store boksene skriver du tall eller blokkbokstaver – NB! innenfor rammen for boksen.

Eksempler:

Avkryssing:

Tall:

Bokstaver:

Med vennligh hilsen

Statens helseundersøkelser ♥ Kommunehelsetjenesten ♥ Helseundersøkelsen i Hordaland

T

## 1. EGEN HELSE

Howdan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

Dårlig  1    Ikke helt god  2    God  3    Svært god  4

Har du, eller har du hatt:

	JA	NEI	Alder første gang	år
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angina pectoris (hjerterampe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjerneslag/hjerneblødning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Multipel sklerose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

Nå  1    Før, men ikke nå  2    Aldri brukt  3    T

Har du noen gang det siste året hatt eksem (rød, kløende, sår og sprukken hud):

	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"/>

Med «hvite fingre» mener vi plager i form av at en eller flere fingre blir hvite og at man samtidig mister følelsen i dem når det er kaldt. Har du slike plager?.....

JA  NEI

## 2. HVORDAN FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Nervøs og urolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygg og rolig?.....	<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"/>
Glad og optimistisk?.....	<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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## 3. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjerterampe)?.....

JA  NEI  VET IKKE

Har en eller flere foreldre/søsken hatt:

Hjerteinfarkt før de fylte 60 år?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning før de fylte 70 år?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. MUSKEL- OG SKJELETTPLAGER

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

JA  NEI

Hvis NEI, gå til avsnitt 5.

Hvis JA, svar på følgende:

Har du hatt disse plagene?

JA  NEI

Nakke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuldre (aksler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albuer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd/hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bryst, mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankler, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du hatt disse plagene?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst.

Hvis under 1 år, oppgi antall måneder.....Antall mnd.

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

Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?

Gjelder også hjemmearbeidende. Sett bare ett kryss.

Nei/ubetydelig  1    I noen grad  2    I betydelig grad  3    Vet ikke  4

Har du vært sykmeldt p.g.a. disse plagene det siste året?.....

JA  NEI  Ikke i arbeid

Har plagene ført til redusert aktivitet i fritiden?.....

JA  NEI

## 5. MOSJON

Howdan har din fysiske aktivitet i fritiden vart det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (ikke svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## 6. KAFFE / TE / ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

Antall kopper daglig

Kokekaffe	Annen kaffe	Te	T
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

JA NEI

Er du total avholdsmann/-kvinne?  JA  NEI

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? 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.

Glass øl	Glass vin	Glass brennevin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 7. RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfylt rom? Antall hele timer

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfylt rom.

Røyker du selv? JA NEI

Sigaretter daglig?  JA  NEI

Sigarer/sigarillos daglig?  JA  NEI

Pipe daglig?  JA  NEI

Aldri røykt daglig (Sett kryss)

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

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? Antall sigaretter

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? Alder i år

Hvor mange år til sammen har du røykt daglig? Antall år

## 8. ENDRING AV HELSEVANER

Dette gjelder din interesse for å endre helsevaner. Røykespørsmålet besvares bare av dem som røyker.

Spise sunnere	Trimme mer	Slutte å røyke
JA NEI	JA NEI	JA NEI

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å:  JA  NEI  JA  NEI  JA  NEI

Om 5 år, tror du at du har endret vaner på noen av disse områdene?  JA  NEI  JA  NEI  JA  NEI

Anslå din høyeste og laveste vekt i løpet av de siste 5 år. (Hele kg) (Se bort fra vekt under svangerskap)

Høyeste vekt	Laveste vekt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 9. UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Sett bare ett kryss.

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

## 10. HELSE OG TRIVSEL

De neste spørsmålene handler om hvordan du ser på din egen helse. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene NÅ?

Moderate aktiviteter som å flytte bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid:

Ja, begrenser meg mye <input type="checkbox"/>	Ja, begrenser meg litt <input type="checkbox"/>	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>
--	---	--

Gå opp trappen flere etasjer:

Ja, begrenser meg mye <input type="checkbox"/>	Ja, begrenser meg litt <input type="checkbox"/>	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>
--	---	--

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

Du har uttrett mindre enn du hadde ønsket.....  JA  NEI

Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål.....  JA  NEI

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 p.g.a. følelsesmessige problemer? (Som f.eks. å være deprimert eller engstelig) JA NEI

Du har uttrett mindre enn du hadde ønsket.....  JA  NEI

Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig.....  JA  NEI

I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid? T

(Gjelder både i og utenfor hjemmet) Sett bare ett kryss. JA

Ikke i det hele tatt.....  1

Litt.....  2

En del.....  3

Mye.....  4

Svært mye.....  5

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg rolig og harmonisk? Sett bare ett kryss. JA

Hele tiden.....  1

Nesten hele tiden.....  2

Mye av tiden.....  3

En del av tiden.....  4

Litt av tiden.....  5

Ikke i det hele tatt.....  6

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du hatt mye overskudd? Sett bare ett kryss.

- JA
- Hele tiden .....  1
- Nesten hele tiden .....  2
- Mye av tiden .....  3
- En del av tiden .....  4
- Litt av tiden .....  5
- Ikke i det hele tatt .....  6

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg nedfor og trist? Sett bare ett kryss.

- JA
- Hele tiden .....  1
- Nesten hele tiden .....  2
- Mye av tiden .....  3
- En del av tiden .....  4
- Litt av tiden .....  5
- Ikke i det hele tatt .....  6

I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slekt)? Sett bare ett kryss.

- JA
- Hele tiden .....  1
- Nesten hele tiden .....  2
- Mye av tiden .....  3
- En del av tiden .....  4
- Litt av tiden .....  5
- Ikke i det hele tatt .....  6

Stort sett, vil du si at din helse er:

- Utmerket  1    Meget god  2    God  3    Nokså god  4    Dårlig  5

## 11. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her alle slags medisiner, både:

- med og uten resept, naturmedisin, vitaminer og mineraler
- medisin som svelges, inhaleres eller injiseres, stikkpiller, salver, kremer eller dråper.

JA NEI

Tok du noen slags medisiner I GÅR? .....  JA  NEI

Hvis NEI, kan du gå til avsnitt 12.

Hvis JA, besvar følgende:

Hvilke medisiner tok du I GÅR, og hva var grunnen til at du tok medisinen (diagnose, sykdom, symptom, helseeffekt)?

Sett svarene inn i skjemaet nedenfor, en linje for hver medisin.

Kryss av for ja om du bruker medisinen daglig eller nesten daglig.

Navn på medisinen (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen I GÅR var:	Daglig	
		JA	NEI

Dersom det ikke er nok plass her, kan du fortsette på eget ark som legges ved.

## 12. ARBEID

Besvares av dem som har hatt inntektsgivende arbeid i minst 100 timer det siste året:

Beskriv virksomheten på det arbeidsstedet der du utførte inntektsgivende arbeid i lengst tid de siste 12 mnd. (Skriv f.eks. jordbruk, barneavd. på sykehus, snekkeravd. på skipsverft e.l.).

Virksomhet:

Hvilket yrke/tittel har eller hadde du på dette arbeidsstedet? (Skriv f.eks. kornbonde, anestesisykepleier, snekker e.l.)

Yrke:

Hvor lenge har du praktisert i dette yrket i ditt liv? ..... Antall år i yrket

Har du noen av de følgende yrker (heltid eller deltid)?

Sett kryss for hvert spørsmål.

- JA NEI
- Sjåfør .....
- Bonde/gårdbruker .....
- Fisker .....

Har du tidligere i ditt liv (ikke i dag) hatt inntektsgivende arbeid som:

- JA NEI
- Bilmekaniker/biloppretter .....
- Frisør .....

## 13. SAMLIV

Oppgi antall egne barn (eventuelt 0) av hvert kjønn:

Antall gutter        Antall jenter

Har du noen gang hatt regelmessig samliv uten prevensjon i ett år eller mer uten at det har ført til graviditet?...  JA  NEI

Med prevensjon menes også mer usikre metoder som avbrutt samleie, «sikre perioder» etc.

T

## De følgende spørsmål besvares bare av kvinner

Har du noen gang spontanabortert (ufrivillig mistet fosteret) etter at graviditet var sikkert påvist?

NEI     USIKKER     JA       Hvis JA:

Antall ganger

Følgende spørsmål besvares bare hvis du har vært gravid:

Oppgi antall måneder det tok med regelmessig samliv uten prevensjon (eller evt. amming), til du ble gravid:

- Siste svangerskap .....   mnd. uten prevensjon
- Nest siste svangerskap .....   mnd. uten prevensjon
- Tredje siste svangerskap .....   mnd. uten prevensjon

## 14. ETTERUNDERSØKELSE

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

Ikke skriv i disse rutene

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

Velkommen til undersøkelsen



JA NEI

- Hoster du omtrent daglig i perioder? .....
- Hvis Ja: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?** .....
- Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år? .....
- Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....
- Har du ofte følelsen av sand på øynene .....
- Tørret i munnen - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....
- Må du ofte drikke for å kunne svelge tørr mat? .....

T

## VANLIGE PLAGER

Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?

	Nesten aldri	Sjelden	Iblant	Ofte	Nesten alltid
Magesmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyppe løse avføringer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie ved vannlating.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarving av hud eller flekker på huden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie eller renning fra øyne eller nese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Får du noen av plagene som er nevnt i forrige spørsmål, når du kjenner lukt av parfyme, stekelukt, eksos eller lignende? .....

JA NEI

T

## ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

- Lønnet arbeid .....
- Heltids husarbeid .....
- Utdanning, militærtjeneste .....
- Arbeidsledig, permittert.....

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uken? Oppgi antall hele timer.....

JA NEI

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter?.....

Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet?

- Ofte  Noen ganger  Sjelden

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid

- Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? T
- For det meste stillesittende arbeid .....   
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
- Arbeid som krever at du går mye? .....   
(f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)
- Arbeid hvor du går og løfter mye? .....   
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)
- Tungt kroppsarbeid?.....   
(f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)

Hva er for tiden husholdningens årsinntekt før skatt? (lønn og pensjon)

- Ingen inntekt.....
- Kr. 100,- – 49.900,-.....
- Kr. 50.000,- – 99.900,-.....
- Kr. 100.000,- – 149.900,-.....
- Kr. 150.000,- – 199.900,-.....
- Kr. 200.000,- – 299.900,-.....
- Kr. 300.000,- – 399.900,-.....
- Kr. 400.000,- – 499.900,-.....
- Kr. 500.000,- – eller mer .....

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

- Med egenmelding.....
- Med sykemelding fra lege .....

JA NEI

Dersom JA, hvor lenge til sammen?

- Mindre enn 1 uke  1-2 uker  2-8 uker  Mer enn 8 uker



## Mottar du for tiden noen av følgende offentlige ytelser?

	JA	NEI	Dersom JA, fra når	
			Måned	År
Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>T</b>				
Ytelser under yrkesrettet attføring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uførepensjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosialstøtte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeidsløshetsstrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etterlattepensjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre ytelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Er det andre i din nærmeste familie som mottar noen av de følgende ytelser?

	Ektefelle/ samboer	Mor	Far
Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesrettet attføring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uføretrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløshetsstrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VOLD

Med vold mener vi slag, spark, dytting, lugging, knivstikking og/eller andre typer fysisk vold som ble påført deg av en annen, kjent eller ukjent person.

Har du det siste året vært utsatt for fysisk vold?.....  JA  NEI

Dersom du har vært utsatt for vold, oppsøkte du lege eller sykehus på grunn av skaden?.....  JA  NEI

Dersom du har vært utsatt for vold, hvilken type vold var dette?

- Slagsmål der du selv deltok  Ran/overfall  Annet  
 Mishandling  Blind/tilfeldig vold

## VENNER

Hvor mange gode venner har du? Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp når du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

Jeg har  gode venner **T**  JA  NEI

Føler du at du har nok gode venner?.....  JA  NEI

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

- Aldri, eller noen få ganger i året .....   
 1-3 ganger i måneden .....   
 Omtrent en gang i uken .....   
 Mer enn en gang i uken .....

## HELSE OG TRIVSEL

Her kommer noen flere spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som beskriver dine følelser

Jeg føler meg nervøs og urolig.

- Mesteparten av tiden  Mye av tiden  
 Fra tid til annen  Ikke i det hele tatt

Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før.

- Avgjort like mye  Bare lite grann  
 Ikke fullt så mye  Ikke i det hele tatt

Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig vil skje.

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

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner.

- Like mye nå som før  Avgjort ikke som før  
 Ikke like mye nå som før  Ikke i det hele tatt

Jeg har hodet fullt av bekymringer.

- Veldig ofte  Av og til  
 Ganske ofte  En gang i blant

Jeg er i godt humør. **T**

- Aldri  Ganske ofte  
 Noen ganger  For det meste

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet.

- Ja, helt klart  Ikke så ofte  
 Vanligvis  Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg som om alt går langsommere.

- Nesten hele tiden  Fra tid til annen  
 Svært ofte  Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen.

- Ikke i det hele tatt  Ganske ofte  
 Fra tid til annen  Svært ofte

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut.

- Ja, jeg har sluttet å bry meg  Kan hende ikke nok  
 Ikke som jeg burde  Bryr meg som før

Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv.

- Uten tvil svært mye  Ikke så veldig mye  
 Ganske mye  Ikke i det hele tatt

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting.

- Like mye som før  Avgjort mindre enn før  
 Heller mindre enn før  Nesten ikke i det hele tatt

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk.

- Uten tvil svært ofte  Ikke så veldig ofte  
 Ganske ofte  Ikke i det hele tatt

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

- Ofte  Ikke så ofte  
 Fra tid til annen  Svært sjelden

Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt tanker om at det var bedre om du var død, eller hatt tanker om å skade deg selv på en eller annen måte?.....  JA  NEI

## MEDISINBRUK

Har du i løpet av det siste året brukt noen av følgende midler daglig eller nesten daglig?

Angi hvor mange måneder du brukte dem.

Sett 0 hvis du ikke har brukt noen av midlene.

T

### Legemidler

Smertestillende.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sovemedisin.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beroligende midler.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Midler mot depresjon.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allergimedisin.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Astmamedisin.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Kosttilskudd

Jerntabletter.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vitamintilskudd.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tran.....	Antall måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ÅRSTIDSVARIASJONER I HUMØRET

Din følelse av velvære og dine aktiviteter: I hvilken grad endrer dette seg med årstiden?

	Ingen	Lett	Moderat	Markert	Sterkt
Søvnlengde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør (velvære).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltakstøyst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale aktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FAMILIÆR PROSTATAKREFT

Har noen i din nære familie fått

konstatert kreft i prostatakjertelen?.....

JA NEI

Dersom «JA»: kryss av om dette gjelder:

Din far.....

Onkler.....

Brødre.....

Oppgi  
antall

Antall

Antall

T

## HUNDEHOLD

Finnes det hund i husstanden?.....

JA NEI

Hvis «Ja», hvilken rase?

Finnes det andre kjæledyr enn hund i husstanden?.....

JA NEI

Hvis «Ja», hva slags?

De neste spørsmålene besvares bare av de som har hund.

Hvor lenge har du hatt hund?

T

- Under 1/2 år     1/2 til 1 år  
 1 - 2 år     Over 2 år     Alltid

Din daglige tid på tur med hunden:

- Under 15 min./dag     15 min. - 1/2 time  
 1/2 - 1 time     1 - 2 timer     Mer enn 2 timer

Vi har satt opp noen påstander:

En markering for hver påstand.

	Helt uenig	Delvis uenig	Usikker	Delvis enig	Helt enig
Hunden letter min kontakt med andre mennesker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hundehold har positiv innvirkning på mitt psykiske velvære.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden gir økt trygghetsfølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hundehold øker min fysiske aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden min har et stabilt gemytt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

**Har du merket følgende besvær siste 3 måneder?**

	<b>Aldri</b>	<b>Sjelden</b> <i>Noen ganger pr. år</i>	<b>Iblant</b> <i>Noen ganger pr. mnd.</i>	<b>For det meste</b> <i>Flere ganger pr. uke</i>	<b>Alltid</b>
<b>T</b> Vanskelig for å sovne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite søvn (minst 1 time under ditt søvnbehov) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snorking (ifølge andre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustepauser under søvn (ifølge andre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trett/søvnig på arbeid eller i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsiktede søvnepisoder («hodet dupper») - på arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for å kjempe mot søvnen for å holde deg våken....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>T</b> <input type="checkbox"/>
Plutselig tap av muskelkraft (f.eks. «knekker i knærne») ved følelsesmessige reaksjoner (som f.eks. latter, sinne, frykt)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Howdan syns du at du sover totalt sett?**

- Veldig bra.....
- Ganske bra.....
- Hverken bra eller dårlig.....
- Ganske dårlig.....
- Veldig dårlig.....

**Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?**

- Aldri, eller noen få ganger i året.....
- 1 - 2 ganger i måneden.....
- Omtrent en gang i uken.....
- Mer enn en gang i uken.....

**Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?** JA NEI

**Når går du normalt til sengs for å sove?**

i arbeidsuken:.....kl.:   ,

i fritiden:.....kl.:   ,

**Når våkner du normalt opp (endelig oppvåkning)?**

i arbeidsuken:.....kl.:   ,

i fritiden:.....kl.:   ,

**Hvor lenge ligger du våken før du sovner?**

i arbeidsuken:.....    minutter **T**

i fritiden:.....    minutter

**Hvor mye søvn trenger du?.....**  timer  min.

**Hvor ofte tar du deg en blund på dagtid?**

- Aldri.....
- Sjelden (*noen ganger pr. år*).....
- Iblant (*noen ganger pr. måned*).....
- For det meste (*flere ganger i uken*).....
- Alltid (*hver dag*).....

**T**

**Hvis du tar deg en blund, hvor lenge bruker den å vare?.....**   timer   min.

**Er du morgen- eller kveldsmenneske?**

- Utpreget morgenmenneske.....
- Mer morgen- enn kveldsmenneske.....
- Hverken eller.....
- Mer kvelds- enn morgenmenneske.....
- Utpreget kveldsmenneske.....

**Mener du at du får tilstrekkelig med søvn?**

- Ja, absolutt tilstrekkelig.....
- Ja, stort sett tilstrekkelig.....
- Nei, noe utilstrekkelig.....
- Nei, klart utilstrekkelig.....
- Nei, langt fra tilstrekkelig.....

**Hvis du bruker sovemedisiner, føler du at de hjelper?**

- Veldig mye.....
- Ganske bra.....
- Litt.....
- Ganske dårlig.....
- Ikke i det hele tatt.....

**Hvis du bruker sovemedisiner, hvor lenge har du brukt slike?**

- Mer enn 5 år.....
- 1 - 5 år.....
- 3 - 12 måneder.....
- 1 - 3 måneder.....
- Under 1 måned.....

## DIN VURDERING AV DIN ARBEIDSPASS

Ta stilling til de følgende påstandene om din arbeidsplass.

Det er en rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Det er godt samhold på arbeidsplassen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

På jobben har de forståelse for at jeg kan ha en «dårlig» dag.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Jeg kommer godt overens med mine overordnede.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Jeg trives godt med mine arbeidskamerater.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

T

Ta stilling til følgende påstander om ditt arbeid:

Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

T

Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Møter du ofte motstridende krav i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du anledning til å lære noe nytt i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt nøyaktighet?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Takk enda en gang for at du har tatt deg tid til å fylle ut dette skjemaet.

Ditt bidrag vil være verdifullt for forståelsen av den betydningen mange faktorer har for menneskelig helse og trivsel.

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99  
Statens helseundersøkelser



T



	JA	NEI
Hoster du omtrent daglig i perioder? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvis Ja: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? .....</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ofte følelsen av sand på øynene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørret i munnen - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Må du ofte drikke for å kunne svelge tørr mat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VANLIGE PLAGER

Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?

	T	Nesten aldri	Sjelden	Iblant	Ofte	Nesten alltid
Magesmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyp pige løse avføringer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie ved vannlating .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarging av hud eller flekker på huden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i armer eller ben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie eller renning fra øyne eller nese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Får du noen av plagene som er nevnt i forrige spørsmål, når du kjenner lukt av parfyme, stekelukt, eksos eller lignende? .....

JA  NEI

## ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

Lønnet arbeid .....	<input type="checkbox"/>
Heltids husarbeid .....	<input type="checkbox"/>
Utdanning, militærtjeneste .....	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledig, permittert .....	<input type="checkbox"/>

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uken? Oppgi antall hele timer .....

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? .....

JA  NEI

Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet?

Ofte	Noen ganger	Sjelden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid

T

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

For det meste stillesittende arbeid .....	<input type="checkbox"/>
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)	
Arbeid som krever at du går mye? .....	<input type="checkbox"/>
(f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)	
Arbeid hvor du går og løfter mye? .....	<input type="checkbox"/>
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)	
Tungt kroppsarbeid? .....	<input type="checkbox"/>
(f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)	

Hva er for tiden husholdningens årsinntekt før skatt? (lønn og pensjon)

Ingen inntekt .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 100,- – 49.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 50.000,- – 99.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 100.000,- – 149.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 150.000,- – 199.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 200.000,- – 299.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 300.000,- – 399.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 400.000,- – 499.900,- .....	<input type="checkbox"/>
Kr. 500.000,- – eller mer .....	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

	JA	NEI
Med egenmelding .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med sykemelding fra lege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom JA, hvor lenge til sammen?

	Mindre enn 1 uke	1-2 uker	2-8 uker	Mer enn 8 uker
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mottar du for tiden noen av følgende offentlige ytelser?

Dersom JA, fra når  
Måned      År

Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger .....	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ytelser under yrkesrettet attføring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uførepensjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sosialstøtte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeidsløshetsstrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etterlattepensjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre ytelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er det andre i din nærmeste familie som mottar noen av de følgende ytelser?

T

	Ektefelle/ samboer	Mor	Far
Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesrettet attføring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uføretrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløshetsstrygd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELSE OG TRIVSEL

Her kommer noen flere spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som beskriver dine følelser

### Jeg føler meg nervøs og urolig.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mesteparten av tiden | <input type="checkbox"/> Mye av tiden         |
| <input type="checkbox"/> Fra tid til annen    | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avgjort like mye  | <input type="checkbox"/> Bare lite grunn      |
| <input type="checkbox"/> Ikke fullt så mye | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig vil skje.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, og noe svært ille   | <input type="checkbox"/> Litt, bekymrer meg lite |
| <input type="checkbox"/> Ja, ikke så veldig ille | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt    |

### Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Like mye nå som før      | <input type="checkbox"/> Avgjort ikke som før |
| <input type="checkbox"/> Ikke like mye nå som før | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg har hodet fullt av bekymringer.

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Veldig ofte | <input type="checkbox"/> Av og til       |
| <input type="checkbox"/> Ganske ofte | <input type="checkbox"/> En gang i blant |

### Jeg er i godt humør.

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aldri       | <input type="checkbox"/> Ganske ofte   |
| <input type="checkbox"/> Noen ganger | <input type="checkbox"/> For det meste |

### Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, helt klart | <input type="checkbox"/> Ikke så ofte         |
| <input type="checkbox"/> Vanligvis      | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg føler meg som om alt går langsommere.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nesten hele tiden | <input type="checkbox"/> Fra tid til annen    |
| <input type="checkbox"/> Svært ofte        | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen.

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> Ganske ofte |
| <input type="checkbox"/> Fra tid til annen    | <input type="checkbox"/> Svært ofte  |

### Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, jeg har sluttet å bry meg | <input type="checkbox"/> Kan hende ikke nok |
| <input type="checkbox"/> Ikke som jeg burde            | <input type="checkbox"/> Bryr meg som før   |

### Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uten tvil svært mye | <input type="checkbox"/> Ikke så veldig mye   |
| <input type="checkbox"/> Ganske mye          | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg ser med glede frem til hendelser og ting.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Like mye som før      | <input type="checkbox"/> Avgjort mindre enn før      |
| <input type="checkbox"/> Heller mindre enn før | <input type="checkbox"/> Nesten ikke i det hele tatt |

### Jeg kan plutselig få en følelse av panikk.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uten tvil svært ofte | <input type="checkbox"/> Ikke så veldig ofte  |
| <input type="checkbox"/> Ganske ofte          | <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt |

### Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ofte              | <input type="checkbox"/> Ikke så ofte  |
| <input type="checkbox"/> Fra tid til annen | <input type="checkbox"/> Svært sjelden |

Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt tanker om at det var bedre om du var død, eller hatt tanker om å skade deg selv på en eller annen måte? .....  JA  NEI

## VANNLATING

Har du de siste 12 månedene vært plaget med akutt svie, smerte eller ubehag ved vannlating?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nei                      | 1-2 ganger               | 3-5 ganger               | Mer enn 5 ganger         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor ofte har du vanligvis vannlating? ..... Antall ganger i døgnet

### Må du vanligvis opp om natten for å late vannet?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nei                      | 1 gang                   | 2 ganger                 | Mer enn 2 ganger         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Føler du at du vanligvis får tømt blæren skikkelig ved vannlating? .....  JA  NEI

Har du ufrivillig urinlekkasje? .....

### Hvis «Nei», gå til neste avsnitt

### Hvor ofte har du urinlekkasje?

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Sjeldnere enn en gang per måned.....  | <input type="checkbox"/> |
| En eller flere ganger per måned ..... | <input type="checkbox"/> |
| En eller flere ganger per uke.....    | <input type="checkbox"/> |
| Hver dag og/eller natt.....           | <input type="checkbox"/> |

### Hvor mye urin lekker vanligvis hver gang?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dråper eller lite        | Små skvetter             | Større mengder           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft? .....  JA  NEI

Har du lekkasje av urin i forbindelse med sterk vannlatingstrang? .....

### Hvor lenge har du hatt urinlekkasje?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0-5 år                   | 5-10 år                  | Mer enn 10 år            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ÅRSTIDSVARIASJONER I HUMØRET

Din følelse av velvære og dine aktiviteter: I hvilken grad endrer dette seg med årstiden?

	Ingen	Lett	Moderat	Markert	Sterkt
Søvnlengde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør (velvære) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltaksløst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale aktiviteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

# SØVN

## Har du merket følgende besvær siste 3 måneder?

	Aldri	Sjelden Noen ganger pr. år	Iblant Noen ganger pr. mnd.	For det meste Flere ganger pr. uke	Alltid
Vanskelig for å sovne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatte oppvåkninger med vansker for å sovne igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet opp for tidlig (endelig oppvåkning) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite søvn (minst 1 time under ditt søvnbehov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snorking (ifølge andre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustepauser under søvn (ifølge andre) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trett/søvnig på arbeid eller i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utisiktede søvnepisoder («hodet dupper») - på arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- i fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for å kjempe mot søvnen for å holde deg våken....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig tap av muskelkraft (f.eks. «knekker i knærne») ved følelsesmessige reaksjoner (som f.eks. latter, sinne, frykt)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Howdan syns du at du sover totalt sett?

- Veldig bra.....
- Ganske bra .....
- Hverken bra eller dårlig .....
- Ganske dårlig .....
- Veldig dårlig .....

## Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?

- Aldri, eller noen få ganger i året .....
- 1 - 2 ganger i måneden .....
- Omtrent en gang i uken .....
- Mer enn en gang i uken.....

## Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?

JA NEI

## Når går du normalt til sengs for å sove?

- i arbeidsuken:.....kl.:   ,
- i fritiden: .....

## Når våkner du normalt opp (endelig oppvåkning)?

- i arbeidsuken:.....kl.:   ,
- i fritiden: .....

## Hvor lenge ligger du våken før du sovner?

- i arbeidsuken:.....   minutter
- i fritiden: .....

## Hvor mye søvn trenger du? .....

timer   min.

## Hvor ofte tar du deg en blund på dagtid?

- Aldri .....
- Sjelden (noen ganger pr. år).....
- Iblant (noen ganger pr. måned) .....
- For det meste (flere ganger i uken) .....
- Alltid (hver dag) .....

## Hvis du tar deg en blund, hvor lenge bruker den å vare?.....

timer   min.

## Er du morgen- eller kveldsmenneske?

- Utpreget morgenmenneske .....
- Mer morgen- enn kveldsmenneske .....
- Hverken eller .....
- Mer kvelds- enn morgenmenneske .....
- Utpreget kveldsmenneske .....

## Mener du at du får tilstrekkelig med søvn?

- Ja, absolutt tilstrekkelig .....
- Ja, stort sett tilstrekkelig .....
- Nei, noe utilstrekkelig .....
- Nei, klart utilstrekkelig .....
- Nei, langt fra tilstrekkelig .....

## Hvis du bruker sovemedisiner, føler du at de hjelper?

- Veldig mye .....
- Ganske bra .....
- Litt .....
- Ganske dårlig .....
- Ikke i det hele tatt .....

## Hvis du bruker sovemedisiner, hvor lenge har du brukt slike?

- Mer enn 5 år .....
- 1 - 5 år .....
- 3 - 12 måneder .....
- 1 - 3 måneder .....
- Under 1 måned.....





## DIN VURDERING AV DIN ARBEIDSPASS

Ta stilling til de følgende påstandene om din arbeidsplass.

Det er en rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Det er godt samhold på arbeidsplassen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

På jobben har de forståelse for at jeg kan ha en «dårlig» dag.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Jeg kommer godt overens med mine overordnede.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

Jeg trives godt med mine arbeidskamerater.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemmer helt        | <input type="checkbox"/> Stemmer ganske bra |
| <input type="checkbox"/> Stemmer ikke særlig | <input type="checkbox"/> Stemmer slett ikke |

T

Ta stilling til følgende påstander om ditt arbeid:

Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du tilstrekkelig tid til å rekke alle arbeidsoppgavene?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Møter du ofte motstridende krav i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du anledning til å lære noe nytt i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt nøyaktighet?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Innebærer arbeidet ditt at du gjør det samme om og om igjen?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ofte     | <input type="checkbox"/> Ja, iblant             |
| <input type="checkbox"/> Nei, sjelden | <input type="checkbox"/> Nei, så godt som aldri |

T

Takk enda en gang for at du har tatt deg tid til å fylle ut dette skjemaet.

Ditt bidrag vil være verdifullt for forståelsen av den betydningen mange faktorer har for menneskelig helse og trivsel.

Vennlig hilsen

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99  
Statens helseundersøkelser

