

Helse-undersøkelsen

Personlig innbydelse

Ikke skriv her.

E14 (Kommune)

--	--	--	--

(Fylke)

--	--

(Land)

--	--	--	--

E16 (Merke)

--	--	--	--

E1. EGEN HELSE

Hvordan 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?:

T

Alder første gang

JA NEI

- Astma
- Kronisk bronkitt/emfysem
- Diabetes (sukkersyke)
- Benskjørhet (osteoporose)
- Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom
- Psykiske plager som du har søkt hjelp for
- Hjerteinfarkt
- Angina pectoris (hjertekrampe)
- Hjerneslag/hjerneblødning («drypp»)

Får du smerter eller ubehag i brystet når du:

JA NEI

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?

Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

Stoppe? Saktne farten? Fortsette i samme takt?

1 2 3

Dersom du stopper, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter?

JA NEI

JA NEI

Kan slike smerter opptre selv om du er i ro?

E2. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt:

(Sett ett kryss for hver linje)

- Hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? JA NEI Vet ikke
- Aldersdemens?

Fører sykdom e.l. hos noen i nær familie til at du vanligvis utfører ekstra omsorgsarbeid?

Ja, stort sett daglig 1 Ja, av og til 2 Nei 3 T

E3. HUKOMMELSE

JA NEI

- Glemmer du ting du akkurat har hørt eller lest?
- Glemmer du hvor du har lagt ting?
- Er det vanskeligere å huske nå enn før?
- Skriver du huskelapper oftere nå enn før?

Hvis «JA» på ett av spørsmålene over; er dette et problem i hverdagen?

E4. PLAGER

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

(Sett ett kryss for hver linje)

- | | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske mye | Veldig mye |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Plutselig frykt uten grunn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg redd eller engstelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matthet eller svimmelhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg anspent eller oppjaget | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lett for å klandre deg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søvnproblemer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedtrykt, tungsindig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av å være unyttig, lite verd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av at alt er et slit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av håpløshet mht. framtida . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 1 2 3 4

E5. TENNER, MUSKEL OG SKJELETT

Hvor mange tenner har du mistet/trukket? Antall tenner (Se bort fra melketenner og visdomstenner)

Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene?

- | | Ikke plaget | En del plaget | Alvorlig plaget |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nakke/skuldre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Armer, hender | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Øvre del av ryggen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korsryggen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hofter, ben, føtter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre steder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du noen gang hatt:

T

JA NEI

Alder siste gang

- Brudd i håndledd/underarm?
- Lårhalsbrudd?

Har du falt i løpet av det siste året? (Sett bare ett kryss)

Nei 1 Ja, 1-2 ganger 2 Ja, mer enn 2 ganger 3

E6. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

Hvordan har din fysiske aktivitet vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

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

E7. VEKT

Anslå din vekt da du var 25 år gammel: hele kg

E8. UTDANNING

Hvor mange års skolegang har du gjennomført?

(Ta med alle år du har gått på skole eller studert)

Antall år

E9. MAT OG DRIKKE

Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Sjelden /aldri	1-3 g. pr.mnd	1-3 g. pr.uke	4-6 g. pr.uke	1-2 g. pr.dag	3 g. el. mer pr.dag
Frukt, bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost (alle typer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå grønnsaker/salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feit fisk (f.eks. laks, ørret, makrell, sild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

Bruker du kosttilskudd:

	Ja, daglig	Ibland	Nei
Tran, tranekapsler, fiskeoljekapsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin- og/eller mineraltilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye drikker du vanligvis av følgende?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Sjelden /aldri	1-6 glass pr.uke	1 glass pr.dag	2-3 glass pr.dag	4 glass el. mer pr.dag
Helmelk, kefir, yoghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk, cultura, lettyoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (sur/søt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus, mineralvann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

(Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig)

Antall kopper kaffe:

Antall kopper te:

T

Hva slags kaffe drikker du vanligvis?

Filter-/ pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	Kokekaffe	<input type="checkbox"/>
Annen kaffe	<input type="checkbox"/>	Drikker ikke kaffe	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol?

(Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med)

4-7 ganger i uka	2-3 ganger i uka	ca. 1 gang i uka	2-3 ganger pr. måned
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent 1 gang i måneden	Noen få ganger siste år	Har ikke drukket alkohol siste år	Har aldri drukket alkohol
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Til dem som har drukket siste år:

T

Når du har drukket alkohol, hvor mange glass og/eller drinker har du vanligvis drukket?

Antall

Omtrent hvor mange ganger i løpet av det siste året har du drukket så mye som minst 5 glass og/eller drinker i løpet av ett døgn?

Antall ganger

E10. RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i et røykfyllt rom?

Antall hele timer

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp?

 JA NEI

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

 JA NEI

Har du røykt/røyker du daglig?

 Ja, nå Ja, tidligere Aldri

Hvis du **ALDRI** har røykt daglig;

Hopp til spørsmål E11 (FUNKSJON OG TRYGGHET)

Hvis du røyker daglig **nå**, røyker du:

JA NEI

Sigaretter?

Sigaretter/sigarillos?

Pipe?

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

E11. FUNKSJON OG TRYGGHET

Ville du følt deg trygg ved å ferdes alene på kveldstid i nærområdet der du bor?

Ja	Litt utrygg	Svært utrygg
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Når det gjelder førighet, syn og hørsel, kan du:

(Sett ett kryss for hver linje)

	Uten problemer	Med litt problemer	Med store problemer	Nei
Gå en 5 minutters tur i noenlunde raskt tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese vanlig tekst i aviser, evt. med briller?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høre hva som blir sagt i en normal samtale?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Har du på grunn av varige helseproblemer vansker med å: (Sett ett kryss for hver linje)

Ingen vansker Noen vansker Store vansker

Bevege deg rundt i egen bolig?

Komme deg ut av boligen på egen hånd?

Delta i foreningsliv eller andre fritidsaktiviteter?

Bruke offentlige transportmidler?

Utføre nødvendige daglige ærend?

E12. BRUK AV HELSETJENESTER

Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv brukt:

(Sett ett kryss for hver linje)

	Ingen	1-3 ganger	4 eller flere
Allmennpraktiserende lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesialist (privat eller på poliklinikk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt (privat eller offentlig).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehusinnleggelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannlege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

Er du trygg på at du kan få hjelp av helse- og hjemmetjenesten hvis du trenger det?

JA NEI Vet ikke
 1 2 3

E13. FAMILIE OG VENNER

Bor du: Hjemme? 1 Institusjon/bofellesskap? 2

Bor du sammen med:

Ektefelle/samboer? JA NEI

Andre personer?

Hvor mange gode venner har du? Antall venner

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 barn og andre slektninger.

Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?

(Sett bare ett kryss)

Stor interesse Noe interesse Usikkert Litt interesse Ingen interesse
 1 2 3 4 5

Hvor mange foreninger, lag, grupper, kirkesamfunn e.l. deltar du i?

Antall

E14. OPPVEKST OG TILHØRIGHET

Hvor lenge har du samlet bodd i fylket?

 år

Hvor lenge har du samlet bodd i kommunen?

 år

Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år?
 (Kryss av for ett alternativ og spesifiser)

Samme kommune 1

Annen kommune i fylket 2 Hvilken: _____

Annet fylke i Norge 3 Hvilket: _____

Utenfor Norge 4 Land: _____

Har du flyttet i løpet av de siste fem årene?

Nei Ja, en gang Ja, flere ganger
 1 2 3

T

E15. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her medisiner kjøpt på apotek. Kosttilskudd og vitaminer regnes ikke med her.

Bruker du?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
Medisin mot høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot osteoporose (benskjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Smertestillende medisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin på resept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angi navnet på de medisinerne du bruker nå, og hva grunnen er til at du tar medisinerne (sykdom eller symptom):

(Kryss av for hvor lenge du har brukt medisinen)

⊥

Navn på medisinen: (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen:	Hvor lenge har du brukt medisinen?	
		Inntil 1 år	Ett år eller mer
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

E16. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang?

Alder i år

Hvor gammel var du da menstruasjonen sluttet?

Alder i år

Hvor mange barn har du født?

Antall barn

Bruker du, eller har du brukt østrogenmedisin?

	Nå	Før	Aldri
Tabletter eller plaster på resept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter uten resept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krem eller stikkpiller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du bruker østrogen; hvilket merke bruker du nå?