

## E11. 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"/>
Kiropraktor.....	<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"/>
Alternativ behandler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du trygg på at du kan få hjelp av helseog hjemmetjenesten hvis du trenger det?

JA	NEI	Vet ikke
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## E12. FAMILIE OG VENNER

Bor du: Hjemme?  1 Institusjon/bofellesskap?  2

Bor du sammen med:

	JA	NEI
Ektefelle/samboer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre personer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 barn og andre slektninger.....

Antall venner

Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?

(Sett bare ett kryss)

Stor interesse	Noe interesse	Litt interesse	Ingen interesse	Usikkert
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

(Skriv 0 hvis ingen)

Antall

## E13. 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
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## E14. 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)

	Ikke brukt siste 4 uker	Sjeldnere enn hver uke	Hver uke, men ikke daglig	Daglig
Smertestillende uten resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende på resept.....	<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## E15. 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?

I antall år totalt

Tabletter eller plaster..... Aldri Før Nå

Krem eller stikkpiller.....

Hvis du bruker østrogen; hvilket merke bruker du nå?

Har du noen gang brukt P-pille?.....  JA  NEI

## Personlig innbydelse

## Helseundersøkelsen

Ikke skriv her:

E13 (Kommune) (Fylke) (Land) E15 (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?:

	JA	NEI	Alder første gang
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Får du smerter eller ubehag i brystet når du:

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?  JA  NEI

Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

Stoppe?  1    Saktne farten?  2    Fortsette i samme takt?  3

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

Kan slike smerter opptre selv om du er i ro?  JA  NEI

## E2. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt:

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

Kryss av for de slektingene som har eller har hatt noen av sykdommene: (Sett kryss for hver linje)

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen av disse
Hjerneslag eller hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis noen slektinger har diabetes, i hvilken alder fikk de diabetes (hvis for eks. flere søsken, før opp den som fikk det tidligst i livet):

Vet ikke, ikke aktuelt     Mors alder     Fars alder     Brors alder     Søsters alder     Barns alder

## E3. 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"/>

## E4. 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:

Brudd i håndledd/underarm?  JA  NEI  Alder siste gang

Lårhalsbrudd?  JA  NEI  Alder siste gang

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

## E5. 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"/>

## E6. VEKT

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

## E7. UTDANNING

Hvor mange års skolegang har du gjennomført?

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

## E8. 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"/>

Bruker du kosttilskudd:

Tran, tran kapsler, fiskeoljekapsler  Ja, daglig  Iblant  Nei

Vitamin- og/eller mineraltilskudd  Ja, daglig  Iblant  Nei

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"/>
Ekstra lettmelk	<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"/>

Hvor mange kopper kaffe og te drikker du daglig?

(Sett 0 for de typene du ikke drikker daglig)

	Antall kopper
Filterkaffe	<input type="checkbox"/>
Kokekaffe/trykkanne	<input type="checkbox"/>
Annen kaffe	<input type="checkbox"/>
Te	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol? (Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med)

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

Til dem som har drukket siste år:

Når du har drukket alkohol, hvor mange glass 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 eller drinker i løpet av ett døgn? Antall ganger

## E9. RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i et røykfylt 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?

Sigarer/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

## E10. FUNKSJON OG TRYGGHET

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

Ja  1    Litt utrygg  2    Svært utrygg  3

Når det gjelder førlighet, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme deg ut av boligen på egen hånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta i foreningsliv eller andre fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke offentlige transportmidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utføre nødvendige daglige ærend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>