

# Helseundersøkelsen

## Personlig innbydelse

Ikke skriv her:

5.3 (Kommune)

(Fylke)

(Land)

9.5 (Virksomhet)

9.4 (Yrke)

14.7 (Merke)

⌵

## 1. EGEN HELSE

### 1.1 Hvordan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

Dårlig  1      Ikke helt god  2      God  3      Svært god  4

### 1.2 Har du, eller har du hatt?:

	JA		NEI		Alder første gang
	<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"/>
Høysnue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem.....	<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"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag/hjerneblødning («drypp»).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste året? .....  JA  NEI

1.4 Får du smerter eller ubehag i brystet når du: Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? .....  JA  NEI

1.5 Hvis du får slike smerter, pleier du da å: Stoppe?  1      Saktne farten?  2      Fortsette i samme takt?  3

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

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

## 2. MUSKEL OG SKJELETTPLAGER

### 2.1 Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene? (Varighet angis bare hvis du har hatt plager)

	Varighet			Varighet	
	Ikke plaget	En del plaget	Sterkt plaget	Inntil 2 uker	2 uker eller mer
Nakke/skuldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armer, hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter, ben, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Har du noen gang hatt: Brudd i håndledd/underarm? .....  JA  NEI

Lårhalsbrudd? .....  JA  NEI

## 3. ANDRE PLAGER

### 3.1 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 plage)

	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"/>

## 4. BRUK AV HELSETJENESTER

### 4.1 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"/>
Bedriftslege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog eller psykiater (privat eller på poliklinikk).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen 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"/>
Tannlege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ behandler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. OPPVEKST OG TILHØRIGHET

5.1 Hvor lenge har du samlet bodd i fylket? (Sett 0 hvis mindre enn et halvt år)  år

5.2 Hvor lenge har du samlet bodd i kommunen? (Sett 0 hvis mindre enn et halvt år)  år

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

Samme kommune.....	<input type="checkbox"/> 1	
Annen kommune i fylket.....	<input type="checkbox"/> 2	Hvilken: _____
Annet fylke i Norge.....	<input type="checkbox"/> 3	Hvilket: _____
Utenfor Norge.....	<input type="checkbox"/> 4	Land: _____

5.4 Har du flyttet i løpet av de siste fem årene?

Nei  1      Ja, en gang  2      Ja, flere ganger  3       4

## 6. VEKT

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

## 7. MAT OG DRIKKE

### 7.1 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. 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

### 7.2 Hva slags fett bruker du oftest? (Sett ett kryss pr. linje)

	Melermargarin	Hard margarin	Myk/lett margarin	Olier	Bruker ikke
På brødet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlagingen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### 7.3 Bruker du følgende kosttilskudd:

	Ja, daglig	Ibliant	Nei
Tran, trankapsler, fiskeoljekapsler?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin- og/eller mineraltilskudd?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7.4 Hvor mye drikker du vanligvis av følgende?

(Sett ett kryss pr. 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"/>
Farris, Ramløsa e.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola-holdig leskedrikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen brus/leskedrikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### 7.5 Driker du vanligvis brus/cola: Med sukker Uten sukker

### 7.6 Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

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

Antall kopper kaffe:  Antall kopper te:



### 7.7 Hva slags kaffe drikker du vanligvis?

Filter-/pulverkaffe.....	<input type="checkbox"/>
Kokekaffe/ trykkanne.....	<input type="checkbox"/>
Annen kaffe (espresso o.l.).....	<input type="checkbox"/>
Driker ikke kaffe.....	<input type="checkbox"/>

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

(Lettløst og alkoholfritt ol 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:

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

Antall

### 7.10 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

### 7.11 Når du drikker, drikker du da vanligvis: (Sett ett eller flere kryss)

Øl	Vin	Brennevin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. RØYKING

### 8.1 Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfylt rom?

Antall hele timer

### 8.2 Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp?

JA  NEI

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

### 8.4 Har du røykt/røyker du daglig? Hvis ALDRI: Hopp til spørsmål 9 (UTDANNING OG ARBEID)

Ja, nå Ja, tidligere Aldri

### 8.5 Hvis du røyker daglig nå, røyker du:

JA NEI

Sigaretter?

Sigarer/sigarillos?

Pipe?

### 8.6 Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet?

Antall år

### 8.7 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

## 9. UTDANNING OG ARBEID

### 9.1 Hvor mange års skolegang har du gjennomført?

Antall år

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

### 9.2 Er du i inntektsgivende arbeid?

Ja, full tid  Ja, deltid  Nei

### 9.3 Beskriv virksomheten på det arbeidsstedet (avdelingen) der du utførte inntektsgivende arbeid i lengst tid de siste 12 mnd. (F.eks. regnskapsbyrå, ungdomsskole, barneavd. på sykehus, snekkerverksted, bilverksted, bank, dagligvarehandel e.l.)

Virksomhet: \_\_\_\_\_

Hvis pensjonert, skriv tidligere hovedvirksomhet og yrke. Gjelder også 9.4

### 9.4 Hvilket yrke/tittel har eller hadde du på dette arbeidsstedet? (F.eks. sekretær, lærer, industriarbeider, barnepleier, møbelsnekker, avdelingsleder, selger, sjåfør e.l.)

Yrke: \_\_\_\_\_

### 9.5 Arbeider du i ditt hovedyrke som selvstendig, som ansatt eller som familiemedlem uten fast avtalt lønn?

Selvstendig  Ansatt  Familiemedlem

### 9.6 Mener du at du står i fare for å miste ditt nåværende arbeid eller inntekt de nærmeste 2 årene?

JA  NEI

### 9.7 Mottar du noen av følgende ytelser?

JA NEI

Sykepenger (er sykmeldt).....

Alderstrygd, førtidspensjon (AFP) eller etterlattepensjon.....

Rehabiliterings-/attføringspenger.....

Uførepensjon (hel eller delvis).....

Dagpenger under arbeidsledighet.....

Sosialhjelp/-stønad.....

Overgangsstønad for enslige forsørgere.....



## 10. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? T  
 Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.  
 Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Let 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

10.2 Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.  
 (Sett kryss i den ruta som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?.....  1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka? .....  2  
 (Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?.....  3  
 (Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)

Trener hardt eller driver konkurransedrett regelmessig og flere ganger i uka .....  4

## 11. FAMILIE OG VENNER

11.1 Bor du sammen med noen?  JA  NEI

Hvis JA:

Ektefelle/samboer.....  JA  NEI L

Andre personer, 18 år og eldre....   Antall

Personer under 18 år.....   Antall

11.2 Hvor mange gode venner har du? Antall venner

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp dersom du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

11.3 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? (Sett bare ett kryss)

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

11.4 Hvor mange foreninger, lag, grupper, kirkesamfunn e.l. deltar du i på fritiden? Antall

(Skriv 0 hvis ingen)

11.5 Føler du at du kan påvirke det som skjer i lokalsamfunnet der du bor? (Sett bare ett kryss)

Ja, i stor grad  1    Ja, en del  2    Ja, i liten grad  3    Nei  4    Har ikke forsøkt  5

## 12. SYKDOM I FAMILIEN

12.1 Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? JA NEI VET IKKE

## 13. BRUK AV MEDISINER

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

13.1 Bruker du? T

Nå    Før, men ikke nå    Aldri brukt

Medisin mot høyt blodtrykk.....

Kolesterolsenkende medisin .....

13.2 Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? (Sett ett kryss pr. linje)

Daglig    Hver uke, men ikke daglig    Sjeldnere enn hver uke    Ikke brukt siste 4 uker

Smertestillende uten resept.....

Smertestillende på resept.....

Sovemedisin .....

Beroligende medisin .....

Medisin mot depresjon.....

Annen medisin på resept.....

1                      2                      3                      4

13.3 For de medisinene som du har krysset av for i pkt. 13.1 og 13.2, og som du har brukt i løpet av de siste 4 ukene:

Angi navnet og hvilken grunn det er til at du tar/har tatt disse (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.

## 14. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

14.1 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

14.2 Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

14.3 Er du gravid nå?

Ja  1    Nei  2    Usikker  3    Over fruktbar alder  4 L

14.4 Hvor mange barn har du født? Antall barn

14.5 Bruker du, eller har du brukt? (Sett ett kryss for hver linje)

Nå    Før, men ikke nå    Aldri

P-pille/minipille/p-sprøyte.....

Hormonspiral .....

Østrogen (tabletter eller plaster)

Østrogen (krem eller stikkpiller)

14.6 Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? Antall år

14.7 Hvis du bruker p-pille, minipille, p-sprøyte, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du?