

INTERVENSJONSSTUDIEN I FINNMARK
Evaluering av lokalsamfunnsbasert hjerte- og kar
forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp

Beate Lupton

Tromsø 2004



Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those
of the authors and do not necessarily reflect the
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 81 - 7
2004

**INTERVENSJONSSTUDIEN I FINNMARK
EVALUERING AV LOKALSAMFUNNSBASERT
HJERTE- OG KAR FOREBYGGING I
KYSTKOMMUNENE BÅTSFJORD OG
NORDKAPP**



Beate Lupton

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

2004

INNHOLDSFORTEGNELSE

<u>1</u>	<u>FORORD</u>	11
<u>2</u>	<u>LISTE OVER ARBEIDER</u>	13
<u>3</u>	<u>DEFINISJONER</u>	14
<u>4</u>	<u>ABSTRACT</u>	15
4.1	AIM.....	15
4.2	STUDY DESIGN	15
4.3	METHODS.....	15
4.4	RESULTS.....	15
4.5	CONCLUSIONS.....	16
<u>5</u>	<u>SAMMENDRAG</u>	17
5.1	MÅLSETTING.....	17
5.2	STUDIEDESIGN	17
5.3	METODE	17
5.4	RESULTATER.....	17
5.5	KONKLUSJON	18
<u>6</u>	<u>BAKGRUNN</u>	19
6.1	HISTORIE OG GEOGRAFI-BAKTEPPE FOR HØY SYKELIGHET OG DØDELIGHET I FINNMARK	19
6.2	ARBEID FOR Å REDUSERE RISIKONIVÅET I FINNMARK FØR 1988	21
6.3	ANDRE STUDIER.....	22
6.4	HELSE OG ULIKHETSPROGRAMMET - INTERVENsjONSSTUDIEN I FINNMARK	22
6.5	TEORIGRUNNLAGET FOR INTERVENsjONSSTUDIEN I FINNMARK.....	23

6.5.1	FRA EKSPERTMODELL TIL MEDVIRKNING-MYNDIGGJØRING	23
6.5.2	DELTAKELSE, MEDBESTEMMELSE OG MESTRING SOM BÆRENDE PRINSIPP- MYNDIGGJØRING	25
7	<u>MÅLSETTING</u>	30
8	<u>MATERIALE OG METODE</u>	31
8.1	STUDIEDESIGN	31
8.2	INVITERTE TIL DE ULIKE FINNMARKSUNDERSØKELSENE	31
8.3	SCREENING PROSEDYRER	33
8.4	STUDIEPOPULASJONEN	36
8.5	INTERVENSJONENE I BÅTSFJORD OG NORDKAPP	38
8.5.1	HELSE OG TRIVSEL PROSJEKTET I BÅTSFJORD	39
	Båtsfjord havn med utsikt til Havprodukter	39
8.5.1.1	Hovedmålsettinger	39
8.5.1.2	Målgruppen i prioritert rekkefølge	39
8.5.1.3	Gjennomførte tiltak	41
8.5.1.4	Områder som var utenfor prosjektets direkte påvirkningsmuligheter	42
8.5.2	NORDKAPP YRKESRETTEDE HELSETJENESTE (NYH)	43
8.5.2.1	Hovedmålsettinger	43
8.5.2.2	Målgruppe i prioritert rekkefølge	44
8.5.2.3	Oppgaver for NYH	44
8.5.2.4	Fiskerimedisinske aktiviteter	44
8.5.2.5	Andre aktiviteter	45
8.5.2.6	Aktiviteter som lå nær opp til prosjektets målsettinger med aktører utenfor prosjektorganisasjonen	46
9	<u>HOVED-RESULTATER</u>	47
9.1	ARBEID 1. THE FINNMARK INTERVENTION STUDY. BETTER HEALTH FOR THE FISHERY POPULATION IN AN ARCTIC VILLAGE IN NORTH NORWAY.	47
9.2	ARBEID 2. THE FINNMARK INTERVENTION STUDY: IS IT POSSIBLE TO CHANGE CVD	

RISK FACTORS BY COMMUNITY-BASED INTERVENTION IN AN ARCTIC VILLAGE IN CRISIS? .	48
9.3 ARBEID 3. THE FINNMARK INTERVENTION STUDY: DO COMMUNITY-BASED INTERVENTION PROGRAMMES THREATEN SELF-RATED HEALTH AND WELL-BEING? EXPERIENCES FROM BÅTSFJORD, A FISHING VILLAGE IN NORTH NORWAY.....	48
9.4 ARBEID 4. THE FINNMARK INTERVENTION STUDY: CHANGES IN CORONARY HEART RISK FACTORS BEFORE AND AFTER COMMUNITY INTERVENTION IN TWO FISHING VILLAGES IN NORTH NORWAY.	49
10 DISKUSJON.....	51
10.1 STATISTISKE METODER	51
10.1.1 UTVELGELSE AV INTERVENSJONS- OG KONTROLLKOMMUNER	51
10.1.2 STYRKE OG SVAKHETER VED KOHORTE OG TVERRSNITTSANALYSER VED INTERVENSJONSSTUDIER	51
10.1.3 SAMMENLIKNING AV ENDRINGER I RISIKOFAKTORER FOR HJERTE-KAR SYKDOMMER I KOHORTENE SOM MØTTE BÅDE I 1987/88 OG 1993 I INTERVENSJONS- OG KONTROLLKOMMUNENE, ALDER 20-62 I 1987, ARBEID 1-3	52
10.1.4 SAMMENLIKNING AV ENDRINGER I RISIKOFAKTORER FOR HJERTE-KAR SYKDOMMER I ALDERSGRUPPEN 40-42 ÅR FRA 1974 TIL 1996 I INTERVENSJONS- OG KONTROLLKOMMUNENE, ARBEID 4	53
10.2 DISKUSJON AV BIAS.....	55
10.2.1 INFORMASJONSBIAS	55
10.2.2 SELEKSJONSBIAS	57
10.3 DISKUSJON AV INTERVENSJONSMETODENE.....	58
10.3.1 KONTEKST.....	58
10.3.2 TEORI	59
10.3.3 STRATEGI	60
10.4 DISKUSJON AV RESULTATER.....	61
10.4.1 HIERARKI AV ENDEPUNKTER	61
10.4.2 SAMLET VURDERING AV ENDRINGENE I BÅTSFJORD OG NORDKAPP	62
10.4.3 RESULTATENE SETT I LYS AV TIDSPERSPEKTIV OG ANALYSEMETODE.....	64
10.5 KONKLUSJONER - BETYDNINGEN FOR FREMTIDEN.....	65

11 REFERANSER.....67

LISTE OVER TABELLER OG FIGURER

FIGUR 1 .	Modell om maktesløshet og myndiggjøring	26
TABELL 1.	Mulighet til å få til endring i et lokalsamfunn.....	27
TABELL 2.	Karakteristika ved en befolkning i henhold til når de endrer seg	28
TABELL 3.	Inviterte til Finnmarksundersøkelsene.....	32
TABELL 4.	Oversikt over spørreskjema og undersøkelser ved de forskjellige Finnmarksundersøkelsene.....	34
FIGUR 2.	Oversikt over materialets sammensetning.....	37
TABELL 5.	Utfylte arbeidsbøker fordelt på målgrupper og organisasjoner.....	41
TABELL 6.	Intervensjonsstudien i Finnmark: Sammenstilling av endringene i Båtsfjord, Nordkapp og kontrollkommunene i kohorten som deltok i studien i 1987 og 1993.....	63

LISTE OVER VEDLEGG

Vedlegg 1.....	Arbeid 1
Vedlegg 2.....	Arbeid 2
Vedlegg 3.....	Arbeid 3
Vedlegg 4.....	Arbeid 4
Vedlegg 5.....	Arbeidsboka
Vedlegg 6.....	Spørreskjema Finnmark I, norsk
Vedlegg 7.....	Spørreskjema Finnmark II, norsk
Vedlegg 8.....	Spørreskjema Finnmark III, norsk/samisk
Vedlegg 9.....	Spørreskjema Finnmark IV, norsk/samisk
Vedlegg 10.....	Spørreskjema Finnmark V, norsk/samisk
Vedlegg 11.....	Spørreskjema Finnmark VI, norsk/samisk

ERRATA

Arbeid 2:

Tabell III, Kvinner, tall kolonne 2 og tall kolonne 3 skal byttes om.

Tabell III, Menn, sammenlikning av endringer i kokekaffe, feil p verdi, 0,477 skal endres til 0,089

1 FORORD

Nordkapp yrkesrettede helsetjeneste og Helse og trivsel prosjektet i Båtsfjord startet i 1988 som en del av Helse og Ulikhetsprogrammet i Finnmark. Jeg var selv som kommunelege I så heldig å få være prosjektansvarlig i Båtsfjord, mens kommunelege I, Erik Langfeldt var prosjektansvarlig i Nordkapp. I 1995 startet jeg i samarbeid med Institutt for samfunnsmedisin (ISM), evalueringen av disse to prosjektene som til slutt har ført frem til dette dr. grads arbeidet.

Arbeidet kunne ikke vært gjennomført uten nært samarbeid med mange aktører både lokalt og sentralt og jeg vil benytte anledningen til å takke alle for hjelpen gjennom alle disse årene.

Takk til fylkeslege Berit Olsen og sekretariatsleder Nils Petter Pedersen i Helse og Ulikhetsprogrammet som sørget for at intervensjonsprosjektene kom i gang og som sto for finansiering av evaluering helt eller delvis frem til 1998.

Takk til Anne Johanne Søgaard som skrev den opprinnelige prosjektbeskrivelsen for intervensjonsstudien i Finnmark, deltok i evaluerings-gruppa og som senere har vært en pådriver og veileder.

Takk til Vinjar Fønnebø som hovedveileder har holdt ut med meg gjennom år med sykdom og tvil om prosjektet noen gang ble ferdig. Takk for alle timene vi har brukt sammen, og all den tid du har brukt til språklig vasking og spissing av problemstillinger.

Takk for all støtte fra medforfatterne som i tillegg til veilederne omfattet Knut Fylkesnes, Tom Wilsgaard og Erik Langfeldt.

Takk til ansatte på Institutt for samfunnsmedisin (ISM) som har gitt meg oppmuntring og støtte.

Takk til Statens helseundersøkelser, nå Nasjonalt folkehelseinstitutt, som samlet data og velvillig ordnet filene.

Takk til Nasjonalforeningen for folkehelse, Helse og ulikhetsprogrammet i Finnmark, Medisinsk forskning i Finnmark, Program for forskning og utvikling i allmenmedisin i Nord-Norge som sammen med Institutt for samfunnsmedisin finansierte arbeidet. Sosialdepartementet bidro også økonomisk til innsamling av data i 1987/88.

Fra tiden i prosjektperioden ønsker jeg å takke prosjektleder i Båtsfjord, Kjell Kålheim som administrerte og tilrettela prosjektet ”Helse og trivsel”, og prosjektleder og prosjektansvarlig i Nordkapp, Jon Grøtta og Erik Langfeldt som vi hadde mange spennende diskusjoner med.

Takk til Båtsfjord og Nordkapp kommuner som stilte lokaler og administrative ressurser til disposisjon for de to prosjektene.

Takk til ISM’s evalueringsgruppe bestående av Knut Fylkesnes, Anne Bærug, Nils Henriksen i tillegg til Anne Johanne Søgaard og prosjektleder og prosjektansvarlig i de to prosjektene. Gruppen kom med viktige innspill til utformingen av prosjektene, forståelse av teorigrunnlaget, og interessante innspill under marsjen.

Takk til Asbjørn Tandberg fra fylkeslegens kontor som kom med uvurderlig hjelp da prosessen stoppet opp i Helse og Trivsel prosjektet.

Takk til Jorid Andersen som gjennom sin studie av høyrisiko individer i Båtsfjord kom med viktige innspill.

Takk til de mange fra lag, foreninger og ansatte i Båtsfjord kommune som deltok i idédugnader og jobbet med arbeidsbøker.

Til slutt takk til min ektefelle Neil som alltid hadde ”A wee cup of tea and a chocolate bisquit” for en sliten doktorand. Takk til mine tre hjemmeboende barn som trente hunder, masserte skuldre og gjorde husarbeid for at dette prosjektet skulle bli brakt i havn.

2 LISTE OVER ARBEIDER

1. Lupton B, Fønnebø V, Søgaard AJ, Langfeldt E. The Finnmark Intervention Study. Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:213-8.
2. Lupton B, Fønnebø V, Søgaard AJ. The Finnmark Intervention Study: Is it possible to change CVD risk factors by community based intervention in an arctic village in crisis? *Scan J Public Health*; 2003;38:171-86.
3. Lupton B, Fønnebø V, Fylkesnes K, Søgaard AJ. The Finnmark intervention study: Do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well being? Experiences from Båtsfjord, a fishing village in North Norway. *Eur J Public Health*. In press.
4. Lupton B, Fønnebø V, Wilsgaard T, Søgaard AJ. The Finnmark Intervention Study: Does community Intervention work? Trends in CVD risk factors in Arctic Norway. *Nor J Epidemiol* 2003;13:65-72.

3 DEFINISJONER

Myndiggjøring (Empoverment): Individets og lokalsamfunnets mulighet til medbestemmelse, deltakelse og mestring.

Lokalsamfunn: I vår studie er kommunen definert som et lokalsamfunn

Finnmarksundersøkelsene: Alle 6 befolkningsundersøkelsene i Finnmark gjennomført i 1974-75, 1977-78, 1987-88, 1990, 1993, 1996. De omfattet alle kommuner i fylket og besto av en enkel klinisk undersøkelse, blodprøver og spørreskjema

Intervensjonsstudien i Finnmark: Kvasi-eksperimentell lokalsamfunnsbasert intervensjonsstudie med Båtsfjord og Nordkapp som intervensjonskommuner og Gamvik, Måsøy og Loppa som kontrollkommuner. Intervensjonen startet i 1988 med Finnmarksundersøkelsen fra 1987-88 som utgangspunkt.

4 ABSTRACT

4.1 Aim

Due to high cardiovascular mortality in Finnmark, Norway's northernmost county, the aim of the Finnmark Intervention Study was to improve health and reduce cardiovascular risk factors in the intervention communities. Those with the poorer health condition should experience the main improvements. The intervention projects should be based upon empowerment and participation.

4.2 Study Design

The study had a quasi-experimental design with community-based intervention in the communities of Båtsfjord and North Cape, which was independently compared to three control communities from the same coastal area. The intervention started in 1988. It ended in 1991 in Båtsfjord and in 1998 in North Cape.

4.3 Methods

Data were used from the Finnmark surveys in 1974/75, 1987/88, 1990, 1993, and 1996.

The effects of the interventions were analysed in the three first papers. Changes in the cohort which met both in 1987 and 1993, were analysed. The changes in the intervention communities were compared to the changes in the control communities using analyses of covariance.

The last paper studies the intervention in a longtime perspective. Cross-sectional analyses were done on cardiovascular risk factors among 40-42 year olds who took part in the Finnmark surveys in 1974/75, 1987/88, 1993 and 1996.

4.4 Results

Changes in cardiovascular risk factors analysed in paper 1 and 2, gave these main findings: Compared to the control communities changes in blood pressure were more positive in Båtsfjord, while changes in BMI and cholesterol were more positive in North Cape. There

was also seen a larger change from boiled coffee to filtered coffee, and larger change from high-fat to low-fat milk in both intervention communities when compared to control communities. Finally the males in Båtsfjord increased their physical activity, and the females in North Cape reduced their proportion of daily smokers.

Paper 3 found no negative side effects of the Båtsfjord intervention when using information from questionnaires on self-rated health and well-being.

The long time perspective of the intervention in paper 4, showed that the Finnmark Intervention Study started when secular trends in cardiovascular risk factors had been reduced substantially from 1974 to 1987. After a decline in blood pressure in Båtsfjord during the intervention period, risk factor levels merged to similar levels in 1996.

4.5 Conclusions

The changes we found were a result of a low-cost intervention study with broad involvement of voluntary organisations, public administration and private enterprise. The study showed it was possible to use these organisations together with health personnel to promote health and reduce cardiovascular risk factors in two fishing-villages in Finnmark.

5 SAMMENDRAG

5.1 Målsetting

På grunn av høy hjerte-kar dødelighet hadde Intervensjonsstudien i Finnmark som målsetning å bedre helse og å redusere kardiovaskulær risiko i intervensjonskommunene. Det skulle tilstrebes å bedre de dårligste gruppernes helsetilstand. Dette skulle skje gjennom intervensjonsprosjekter bygget på medbestemmelse, deltakelse og mestring.

5.2 Studiedesign

Dette arbeidet har brukt kvasi-eksperimentell metode med to intervensjonskommuner fra samme kystområde i Finnmark som ble sammenliknet separat med en gruppe av tre kontrollkommuner. Intervensjonen startet i 1988. Den ble avsluttet i Båtsfjord i 1991 og i Nordkapp i 1998.

5.3 Metode

Det er brukt data fra Finnmarksundersøkelsene i 1974/75, 1987/88, 1990, 1993 og 1996.

De tre første arbeidene så på effekten av intervensjonen. Endringer i kohorten som møtte både i 1987 og 1993 ble analysert. Endringen i kontrollkommunene ble sammenliknet med endringene i intervensjonskommunene ved hjelp av kovariansanalyser.

Det siste arbeidet ser på hvordan intervensjonen plasserer seg i et mer langsiktig perspektiv gjennom tverrsnittsanalyser av kardiovaskulær risiko blant 40-42 åringer som deltok i Finnmarks undersøkelsene i 1974/75, 1987/88, 1993 og 1996.

5.4 Resultater

Endringer i kardiovaskulære risikofaktorer i de to intervensjonskommunene som ble analysert i arbeid 1 og 2 hadde følgende hovedfunn: Når det gjelder biologiske parametere endret blodtrykket seg mer positivt i Båtsfjord, mens kolesterol og KMI endringene var mer positive i Nordkapp i forhold til kontrollkommunene. I tillegg ble det sett endringer i kaffeforbruk ved betydelig overgang til filterkaffe og forbruket av lettmeik økte i begge intervensjonskommunene. I Båtsfjord var det i tillegg en økning i fysisk aktivitet blant menn,

mens det i Nordkapp ble påvist nedgang i røyking blant kvinner sammenliknet med intervensjonskommunene.

Arbeid 3 viste ingen negative bivirkninger av "Helse og trivsel" prosjektet i Båtsfjord vurdert ut fra opplysninger fra spørreskjema om egenvurdert helse, trivsel og sosial kontakt.

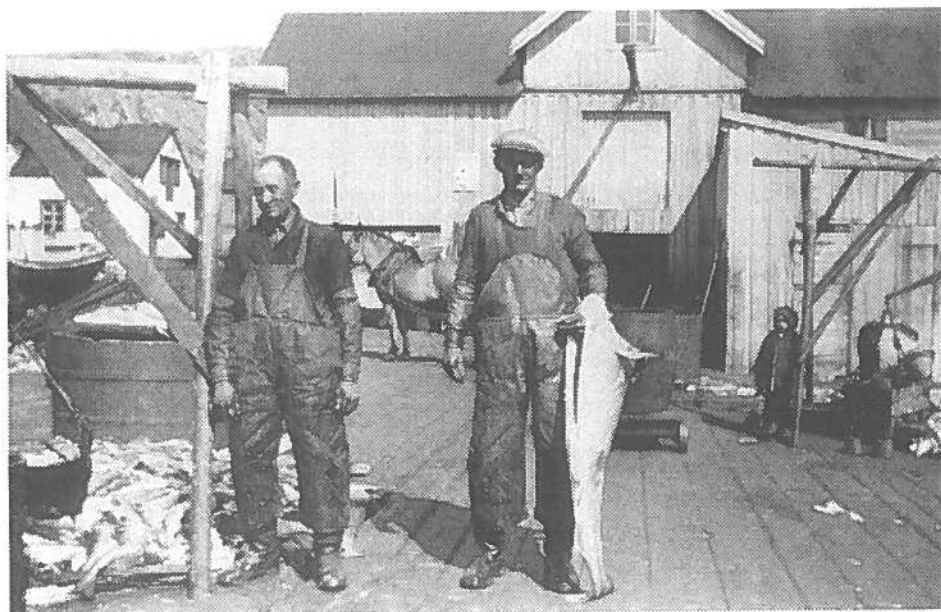
Langtidsperspektivet i arbeid 4 viste at Intervensjonsstudien i Finnmark startet på et tidspunkt da trender for kardiovaskulær risiko var sterkt fallende. I intervensjonsperioden ble det bare påvist forskjeller mellom Båtsfjord og kontrollkommunene når det gjaldt endringer i blodtrykk. I 1996 var det ingen forskjell mellom intervensjonskommunene.

5.5 Konklusjon

De endringene som ble funnet var et resultat av et lavkostnadsprosjekt med bred involvering av frivillige organisasjoner, næringsliv og offentlige etater. Studien viste at det var mulig å bruke interessert helsepersonell og andre lokale medspillere i offentlig og frivillig sektor for å fremme helse og endre risikomønster for hjerte-karsykdom i to fiskevær på Finnmarkskysten.

6 BAKGRUNN

6.1 Historie og geografi-bakteppe for høy sykkelighet og dødelighet i Finnmark



Kaiarbeid i Hamningberg i 1928

Finnmark fylke er det nordligste fylket i Norge. Den nære tilgangen til Barentshavet har vært grunnlaget for omfattende fiskerier gjennom århundrer. Kystkommunene ligger alle på 70-71^o nord, og er blant de nordligst bebodde områder i verden. På grunn av Golfstrømmen er havet langs kysten ikke frosset til, men været i kystkommunene er preget av lange vintre med hyppige stormer. Isotermen for gjennomsnittstemperatur i juli 10^o krysser gjennom disse kommunene. Hele kysten er sterkt fiskeriavhengig, mens jordbruket i disse områdene alltid har vært marginalt. Fiskere og fiskeindustriarbeidere, fra hele Nord-Norge og en rekke andre land, har i en årrekke kommet for å arbeide i kortere og lengre perioder i kystkommunene. Fylket er også preget av tre stammers møte mellom samer, nordmenn og kvener.

Siden den fylkesvise registreringen av dødeligheten startet i 1871, har totaldødeligheten i Finnmark fylke ligget godt over landsgjennomsnittet. I 1890 var totaldødeligheten 2600/100.000 blant menn på bygdene i Finnmark, mens den var 1700/100.000 på bygdene i Norge. Det gir en overdødelighet på 53%. I 1910 var det også store forskjeller i

spedbarnsdødelighet, 130 /1000 levende fødte i Finnmark og 70/1000 levende fødte i gjennomsnitt for Norge, en overdødelighet på 85%. Fra midten av 1920 årene skjedde det en alminnelig tilnærming av både totaldødeligheten og spedbarnsdødeligheten mot landsgjennomsnittet. Denne tilnærmingen stoppet opp på 1950-60 tallet når det gjelder totaldødeligheten, mens den fortsatte for spedbarnsdødeligheten¹.

En av hypotesene om årsaken til den høye dødeligheten var at den var en senfølge av meget dårlige oppvekstvilkår i barne- og ungdomsalderen. Før andre verdenskrig var levekårene i Finnmark for store deler av befolkningen preget av stor fattigdom, sult i perioder, dårlig skolegang, dårlige boforhold og tungt fysisk arbeid på hav og på land.

Slutten av krigen ble også svært dramatisk og en stor påkjenning for de fleste som befant seg i fylket. Da tyskerne trakk seg tilbake høsten 1944 ble befolkningen tvangsevakuert, og de fleste boliger og offentlige bygg vest om linjen Tana - Berlevåg ble brent. Gjenoppbyggingen førte imidlertid til at de sosiale forskjellene mellom Finnmark og resten av landet gradvis ble mindre, noe som spesielt gjenspeiles i de små forskjellene i spedbarnsdødeligheten.

Distriktslege Anders Forsdahl begynte å se på misforholdet mellom fortsatt høy totaldødelighet og relativt lav spedbarnsdødelighet på 1960 tallet. Undersøkelsen viste en nær sammenheng mellom høy spedbarnsdødelighet i kohorter som ble født i perioden 1896-1925, med høy dødelighet i de samme kohorter blant dem som overlevde frem til 1964-1967. Dette var grunnlaget for Forsdahl/Barker hypotesen^{1;2;3}. En av årsakene til den fortsatt høye totaldødeligheten i Finnmark på 1960 tallet antok man derfor kunne skyldes dårlige oppvekstforhold for de delene av befolkningen som var født i perioden 1896-1925³.

Andre hypoteser som er blitt lansert om hvorfor totaldødeligheten var så høy i Finnmark var bl.a. ekstreme klimatiske forhold, en høy andel kvener og helseskadelig livsstil. Finland hadde rundt 1970 en av Europas høyeste hjerte- og kar dødelighet, og det ble spekulert i om dette var delvis genetisk betinget. Man visste heller ikke om forhold i den samiske befolkningen kunne bidra til den høye mortaliteten¹.

I 1986 ble det avholdt en konferanse i Honningsvåg som hadde til hensikt å samle dokumentasjon på ulikheter i helse og helsetjenestetilbud mellom Finnmark og resten av landet. Det ble dokumentert at det fortsatt var betydelige forskjeller. Professor Knut Westlund viste at overdødeligheten i Finnmark i perioden 1976 -1980 var 24% for menn og 14% for

kvinner sammenliknet med landet⁴. Overdødeligheten skyldtes i hovedsak hjerte- og kar lidelser, røykerelatert kreft og ulykker. Det var spesielt store problemer i fiskeribefolkningen. I perioden 1971-1975 var dødelighet på grunn av skader 9-13/10.000 blant fiskere og 0,82/10.000 blant industriarbeidere i Norge⁵. I tillegg hadde fiskerne spesielt helseskadelig livsstil. I en studie av fiskere på Magerøya i 1983 viste det seg at 70 % var daglig røykere, og de drakk i snitt 1,7 liter kaffe daglig mens de var på havet⁶.

6.2 Arbeid for å redusere risikonivået i Finnmark før 1988

I 1969 startet Anders Forsdahl, den gang distriktslege i Sør-Varanger, sammen med helsesøster Hedvig Salmi, en intervensjonsstudie i det finskdominerte fiskeværet Bugøynes i Sør-Varanger kommune på grunn av den høye hjerte-kar dødeligheten i fiskeværet. Disse to gjennomførte intervensjoner innen kosthold etter at det i 1972 ble påvist kolesterol på gjennomsnittlig 8 mmol/l blant menn i alderen 19-79 år (n=103). Intervensjonen førte til reduksjon av kolesterol med 18 %. Blant menn under 70 år falt antall døde av hjerteinfarkt og plutselig død fra 11 (1963-72) til 4 (1973-82) noe som kan tyde på at det også var en effekt på dødeligheten. (I 1969 var det 118 menn i alderen 20-69 på Bugøynes)⁷. Dødeligheten av hjerte-kar lidelser i Finnmark nådde sitt høyeste mot slutten av sekstitallet og nedgangen startet etter 1975, så nedgangen i Bugøynes kan vanskelig forklares ut fra generelt fallende trender⁸.

Bugøynesstudien, sammen med andre studier⁹⁻¹¹, førte til at man i 1974-75 foretok den første Finnmarkundersøkelsen, den første fylkesvise hjerte-kar studien i Norge der både menn og kvinner deltok. Det ble foretatt gjentatte undersøkelser i Finnmark i 1977-78, 1987-88, 1990, 1993 og 1996. Finnmarksundersøkelsene var både en screening av og et helsetilbud til befolkningen. Høyrisikopersoner ble identifisert og intervenert på av det lokale helsevesen. Dette ble kombinert med kursing av helsepersonell og generell helseopplysning knyttet til kosthold, røyking og fysisk aktivitet fra fylkeslegen i Finnmark¹². Fylkeslegens kontor organiserte prosjekter rettet mot kosthold for fiskere, barneskolen og den generelle befolkning i tiden fra 1974 og fram til 1986¹²⁻¹⁴. Det var bare delvis evaluering av tiltakene, det var ingen kontrollfylker, og det var ingen samlet tidsplan for fremtidige Finnmarksundersøkelser da den første undersøkelsen startet i 1974-75.

6.3 Andre studier

Det var en rekke store nærmiljøbaserte hjerte-kar intervensjonsstudier på 1970- og 1980-tallet. De første var Nord Karelen programmet og Stanford Three Community Study i 1972.^{15;16} Senere kom The Stanford Five City Project i 1980¹⁷, The Minnesota Heart Health Programme i 1980¹⁸ og The Pawtucket Heart Health Programme i 1983¹⁹. Alle hadde kvasi-eksperimentell design med ett eller flere lokalsamfunn som det ble intervenert i, og ett eller flere lokalsamfunn som var kontroller.

Studiene i Finland og USA var godt planlagte intervensjonsstudier med undersøkelser før og etter intervensjonen. Mellom disse var det ulike planlagte intervensjonsprosjekter. Det fantes betydelige resurser til nødvendig forskning og intervensjon.

Hovedproblemene i disse studiene var imidlertid at hjerte- og kar dødeligheten allerede var på vei ned, og de fallende trendene forsterket seg fra 1970 og utover. De første studiene viste forskjeller mellom intervensjons og kontroll-lokalsamfunn i de første årene av intervensjonene, mens de senere studiene ikke gjorde det. I Minnesota studien var den anslåtte effekten av intervensjonen mindre enn effekten av den sekulære trenden. Alle studiene viser imidlertid at den delen av befolkningen som var direkte utsatt for intervensjon, endret seg signifikant sammenliknet med kontrollgrupper.

Noe av problemet med disse omfattende studiene der store byer eller hele fylker regnes som et lokalsamfunn, er at en for liten del av populasjonen direkte utsettes for intervensjonen og at resultatene dermed kan utvannes.

Nordsjøstudien i Nord-Sverige fra 1985 foregikk i et lite lokalsamfunn der det var relativt lett å mobilisere en vesentlig andel av befolkningen i forskjellige aktiviteter og til individuell intervensjon²⁰. På tross av fallende trender i hjerte-kar risk også der, fikk man signifikant nedgang i risiko for hjerte-kar sykdom i de første 6 årene av studien. I stedet for å bruke et lokalsamfunn som kontroll sammenliknet man med et tilfeldig, stratifisert utvalg fra den nord-svenske MONICA studien.

6.4 Helse og Ulikhetsprogrammet - Intervensjonsstudien i Finnmark

Honningsvågkonferansen i 1986 ble starten for et program for å fremme helse og redusere

forskjeller mellom Finnmark og resten av landet, Helse og Ulikhetsprogrammet. I løpet av en tiårsperiode skulle denne satsingen ha som hovedmål å redusere overdødeligheten i Finnmark fra 25 % over landsgjennomsnittet til 5 % blant menn og fra 14% overdødelighet til 5 % blant kvinner⁴. Helse og ulikhetsprogrammet besto derfor både av tiltak for å stabilisere og rekruttere helsepersonell, og av forebyggende tiltak. Det skulle gjennomføres tiltak både i helsesektoren og i andre sektorer som har innflytelse på folks helse .

Finnmark var gjennom Helse og ulikhetsprogrammet prøvetylke i det norske Helse for alle år 2000 programmet.

Intervensjonsstudien i Finnmark var et av flere prosjekter i Helse og ulikhetsprogrammet og ble planlagt ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM) ved Universitet i Tromsø²¹. Den var planlagt med utgangspunkt i den tredje Finnmarksundersøkelsen i 1987, med to intervensjonskommuner, tre kontrollkommuner og oppfølgingsstudier hvert tredje år. Ressursene var begrenset og forskningsmiljøet lite, men man ønsket å se om også lavkostprosjekter kunne ha en effekt. Fremfor alt ønsket man å få til en evaluering av slike intervensjoner i motsetning til hva som hadde vært gjort i tidsrommet 1974-1986.

6.5 Teorigrunnlaget for Intervensjonsstudien i Finnmark

6.5.1 Fra ekspertmodell til medvirkning-myndiggjøring

Det hadde vært en internasjonal utvikling av modeller for hjerte-kar forebygging fra 1960 tallet. Utviklingen hadde gått fra hierarkiske ekspertmodeller til senere modeller som inkluderer sosial læring, lokalsamfunnsmedvirkning og mestring. Professor Charlie Eriksson²² beskriver dette som forskjellige generasjoner av studier. På sekstitallet dreide det seg stort sett om individuell intervensjon på enkeltindivid der legen var eksperten, og pasienten var en føyeelig mottaker av kunnskap (the compliant patient). Deretter kom den bio-epidemiologiske generasjon med intervensjon på multiple risikofaktorer hos høyrisikoindivider. Også disse brukte ekspertmodellen der de profesjonelle definerte problemene og kom med løsningene. Osloundersøkelsen var typisk for denne typen modell¹¹. De bio-epidemiologiske studiene ble etter hvert utvidet til å gjelde hele befolkninger, de var omfattende og hadde som intensjon å endre sykkelighet og dødelighet. De hadde som målsetting å intervenere både på høyrisikoindivider og på grupper. Denne utvidede typen måtte i tillegg til ekspertmodellen ta i bruk sosial læringsteori, lokalsamfunnsmobilisering og lokalsamfunns psykologi for å få til

endringer i grupper. Nord-Karelen studien¹⁵, Minnesota Heart Health Programme¹⁸ og Stanford Five City Project¹⁷ var eksempler på den utvidede bio-epidemiologiske modell.

Da man begynte å planlegge intervensjonsstudien i Finnmark sto man på overgangen til nok en generasjon studier som var karakterisert ved at det dreide seg om aksjonsrettede småskala studier i mindre lokalsamfunn. De skulle være intersektorielle, men involverte også i større grad både lokal politisk ledelse, offentlig administrasjon og frivillige organisasjoner. Strukturelle faktorer fikk en mer fremtredende plass på grunn av de sammensatte årsaksforholdene ved hjerte- og kar lidelser. Sosial kapital, lokalsamfunnsutvikling, medbestemmelse og mestring ble viktige elementer for å få til endringer. I stedet for sykkelighet og dødelighet skulle man bruke endringer i risiko og prosess som endepunkter.

Internasjonalt var WHO en viktig medspiller i utviklingen i denne perioden. I 1986 slo Ottawa Charteret fast at lokal deltakelse og mestring skulle være basis for helsefremmende og forebyggende arbeid. Forutsetningen for helsefremmende tiltak var både en sunn helsepolitikk (ekspert/politiker styrt), og styrking av lokalsamfunnets mulighet til handling (mestring og deltakelse)²³. I 1985 konkluderte Nord-Karelen prosjektet med at nærmiljøbaserte programmer som ble godt mottatt i befolkningen, kunne føre til endret livsstil hos den enkelte, og påvirke utbredelsen av risikofaktorene i lokalsamfunnet som helhet hvis innsatsen var vedvarende¹⁶.

Erfaringene fra disse studiene, samt teorier og modeller for bevisstgjørende helseopplysning, beskrevet av Søgaard og Fylkesnes i "Helseopplysning – indoktrinering eller bevisstgjøring"²⁴, ble viktige bidrag i planleggingen av intervensjonsstudien i Finnmark. Ideer til det praktiske planleggings- og evalueringsarbeidet for intervensjonsstudien ble hentet fra nasjonale og internasjonale kilder^{25;26;27;28}. Selv om begrepet myndiggjøring ikke var mye brukt på den tiden, var innholdet i begrepet i ferd med å bli et viktig prinsipp for det som den gangen kaltes befolkningsstrategier. (For definisjon av myndiggjøring se s.8). Ved planleggingen av intervensjonsstudien ble det valgt strategier i tråd med denne tenkningen, som senere WHO konferanser²⁹⁻³¹ og forfattere som Tones³², Wallerstein³³ og andre utviklet videre. Til sist er begrepet beskrevet i NOU 18: 1998. "Det er bruk for alle" og foreslått brukt som metode i lokalsamfunnsarbeid i Norge³⁴.

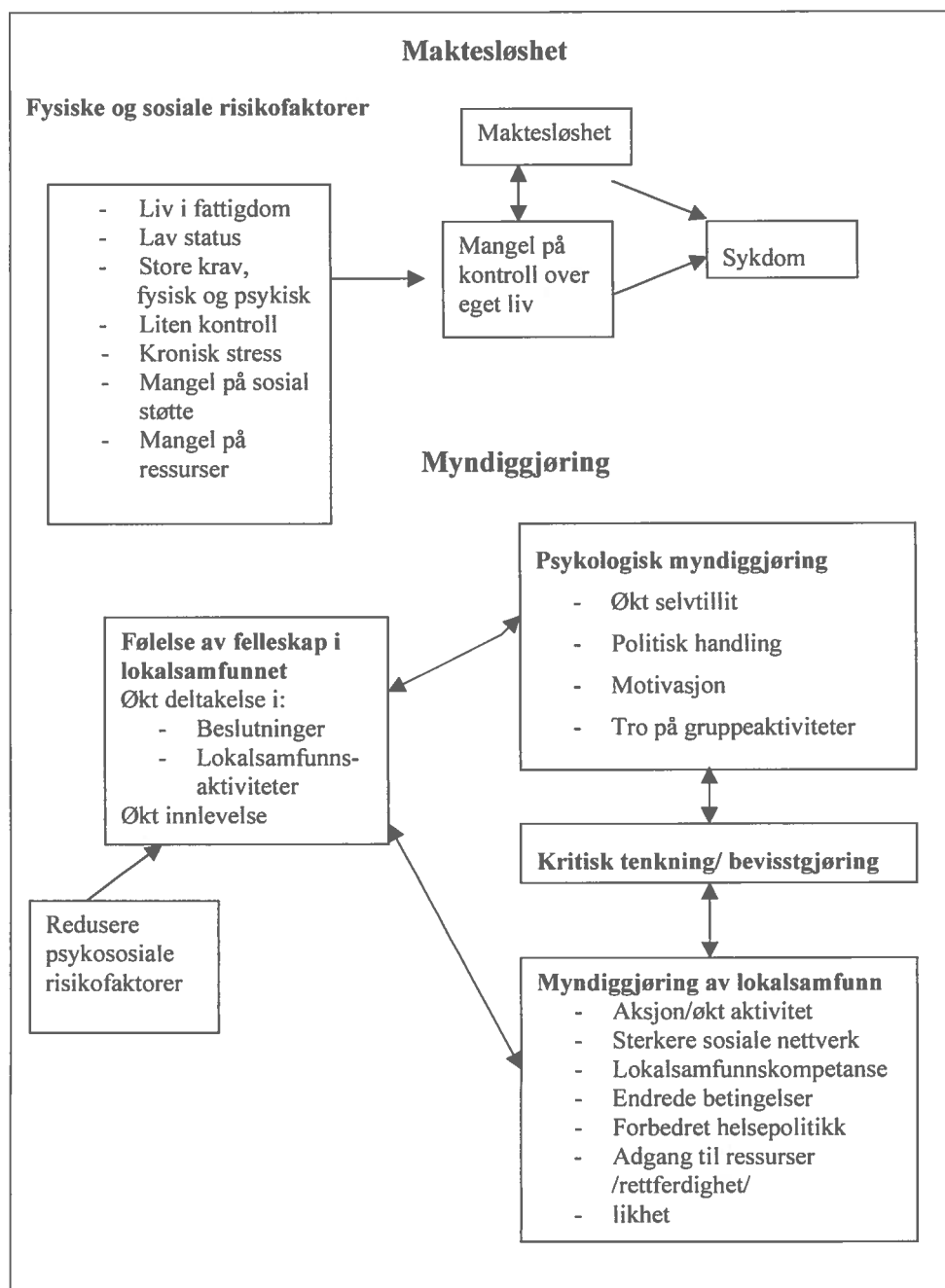
I hovedsak bygger strategiene i intervensjonsstudien på to teorier. Endring gjennom

deltakelse, mestring og medbestemmelse (myndiggjøring) var det viktigste teoretiske fundamentet. Teorien om hvordan nye ideer sprer seg i et samfunn – ”communication of innovation”, et mye eldre konsept, ble også funnet nyttig³⁵. Disse to konseptene vil kort bli beskrevet nedenfor slik de ble brukt i intervensjonsstudien i Finnmark..

6.5.2 Deltakelse, medbestemmelse og mestring som bærende prinsipp-myndiggjøring

Myndiggjøring brukes både om individets og lokalsamfunnets mulighet til medbestemmelse, deltagelse og mestring. Individet og lokalsamfunnene vil i tillegg påvirke hverandre gjensidig. Motstykket til myndiggjøring er maktesløshet. Enkeltindivider som føler at de mestrer situasjonen og har medbestemmelse har bedre helse enn andre, mens det er vanskeligere å måle effekten på lokalsamfunnsnivå³³.

Figur 1. Modell om maktesløshet og myndiggjøring etter N Wallerstein³³



Muligheten til å få til endring i et lokalsamfunn avhenger av medvirkning fra dette samfunnet selv. Denne sammenhengen er illustrert av Rogers and Shoemaker 1971^{35;32}.

Tabell 1. Mulighet til å få til endring i et lokalsamfunn, Roger and Shoemaker³⁵

Behov for endring	Opphav til ny ide	
	Lokalsamfunnet finner løsning	Andre finner løsning
Lokalsamfunn innser behov for endring	+++	++
Krefter utenfor lokalsamfunnet ser behov for endring	+	-(+)

Sannsynligheten for at det skal skje en endring har dermed vist seg å være størst når lokalsamfunnet både ser behov for endring og selv bestemmer løsningen. Hvis lokalsamfunnet ser behov for endring, men får hjelp til å finne løsningen, er også sjansen relativt god til at det skjer en endring. Situasjonen der lokalsamfunnet ikke ser at de har et problem, men etter overbevisning får være med på løsningen kan trenge betydelige ressurser, men kan ha en viss sjanse til å lykkes. Dette er ofte situasjonen ved salg og reklame. Situasjoner der andre både definerer problemet og løsningen har liten sjanse til å få gjennomslag. Den siste situasjonen ser vi ofte i helsevesenet som både definerer problemet og foreslår løsninger. En rekke statlige forordninger kommer i samme kategori.

Gjennom arbeidsbokmetoden²⁸ som ble brukt i Båtsfjord, tok man høyde for at befolkningen skulle være med på å definere problemene og foreslå løsningene for dermed å øke sjansene for endring. I Nordkapp var det nær personlig kontakt som ivaretok behovet for å la den enkelte være med på å definere problem og løsninger.

Spredning og aksept av nye ideer –" communication of innovation"

I intervensjonstudien i Finnmark kunne ønskede endringer i lokalsamfunnet sees i lys av denne teorien beskrevet av Rogers & Shoemaker³⁵. Dette er en vel etterprøvd teori som forklarer en del, men slett ikke alle aspekter ved spredning av endringer. I de relativt homogene og tette samfunnene i intervensjonsstudien i Finnmark, har det vært verdifullt å benytte dette teorigrunnet for å planlegge noen av strategiene.

Karakteristika ved dem som skal endre seg mener Rogers and Shoemaker ideelt sett er normalfordelt og de deler dem i følgende kategorier:

Tabell 2. Karakteristika ved en befolkning i henhold til når de endrer seg , Roger and Shoemaker³⁵

Kategori	Karakteristikk
1) Nyskaper	2,5 % av befolkningen. Nyskapende og ivrig, sannsynligvis ikke tillit blant den store majoritet
2) Endringsvillig	13,5 % av befolkningen. Respektable og positive til endringer. Gode kandidater for leder av lokalsamfunnsprosjekter
3) Tidlig majoritet	34 % av befolkningen. Endrer seg når de ser at noen går foran uten å være bakstreversk
4) Sen majoritet	34 % av befolkningen. Skeptikere som er tilbakeholdne med å endre seg inntil positive effekter er klart vist
5) Etterløper	16 % av befolkningen. De "konservative" som endrer seg sent. Inkluderer grupper som sannsynligvis aldri vil endre seg

Endringshastigheten vil være forskjellig i de forskjellige gruppene. Andelen som har endret

seg i forhold til tiden som trengs for å få med seg hele befolkningen kan fremstilles som en s-
kurve

Endringshastigheten vil variere svært avhengig av hvilken endring det er snakk om. Roger og
Shoemaker beskriver denne endringer som en funksjon av:

- Karakteristika hos de som skal endre seg
- Kultur og sosial struktur
- Hva slags ny ide eller endring det dreier seg om
- Karakteristika hos ”endringsagentene”

7 MÅLSETTING

Hovedmålsettingen for Helse og ulikhetsprogrammet som intervensjonsstudien i Finnmark var en del av, var:

Innen år 2000 å redusere forskjellene i helsetilstand mellom Finnmark og resten av landet med 25 %. Det skulle skje ved å bedre de dårligste gruppenes helsetilstand.

Ut fra denne målsettingen ble hovedmålsettingen for Intervensjonsstudien i Finnmark formulert:

Å bedre helse og redusere risiko for hjerte- og karsykdom i intervensjonskommunene. Det skulle tilstrebes å bedre de dårligste gruppenes helsetilstand. Dette skulle skje gjennom intervensjonsprosjekter bygget på medbestemmelse, deltakelse og mestring.

I Båtsfjord var fiskeindustriarbeidere opprinnelig den viktigste målgruppen, men dette ble endret til den generelle befolkning . I Nordkapp var målgruppene fiskere og fiskeindustriarbeidere. Målsettingen med den foreliggende forskning er å foreta en evaluering for å se på effektene av intervensjonene i Båtsfjord og Nordkapp

Eventuelle endringer i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i de to intervensjonskommunene vurderes i arbeid 1 og 2.

Eventuelle negative virkninger av slike intervensjoner vurderes i arbeid 3.

Langtidsperspektivet på endringer i risikofaktorer vurderes i arbeid 4.

8 MATERIALE OG METODE

8.1 Studiedesign

I intervensjonsstudien i Finnmark var det to intervensjonskommuner, Båtsfjord og Nordkapp og tre kontrollkommuner, Gamvik, Måsøy og Loppa. Alle kommunene ligger på Finnmarkskysten, er sterkt fiskeriavhengig og har tilnærmet samme etniske sammensetning.

Intervensjonsstudien i Finnmark benyttet data fra Finnmarksundersøkelsene som basis for evalueringen (se definisjon av Finnmarksundersøkelsene og Intervensjonsstudien i Finnmark s 8). Screeningprosedyrene og inviterte grupper for alle deler av undersøkelsene er fremstilt i tabell 3 og tabell 4.

8.2 Inviterte til de ulike Finnmarksundersøkelsene

Det er til sammen seks gjennomførte Finnmarksundersøkelser. Den syvende Finnmarksundersøkelsen gjennomføres i 2002-2003 og vil ikke bli behandlet her. Tabell 3 gir oversikt over innkalte grupper og tidspunkter for alle seks Finnmarksundersøkelsene. Data fra alle Finnmarksundersøkelsene bortsett fra Finnmark II blir benyttet i denne avhandlingen. I tabell 3 er også Finnmark II med for fullstendighetens skyld.

Arbeid en og to brukte data fra Finnmark III og Finnmark V.

Arbeid tre brukte data fra Finnmark III, Finnmark IV og Finnmark V.

Arbeid fire brukte data fra Finnmark I, Finnmark III, Finnmark V og Finnmark VI.

Se Tabell 3.

Tabell 3. Inviterte til Finnmarksundersøkelsene				
	Tidspunkt for undersøkelsen ved invitasjon	Alder	Fødselsår	Andel av populasjonen
Finnmark I 1974-1975				
Vadsø Kautokeino		20-49	1925-54	Alle
Porsanger Gamvik				
Øvrige kommuner		35-49	1925-39	Alle
		20-34	1940-54	10 % tilfeldig utvalg
Finnmark II 1977-1978				
Alle kommuner		35-52	1925-42	Alle
		23-34	1943-54	Alle inviterte Finnmark I og fortsatt bosatt i fylket samt 11% tilfeldig utvalg av øvrige
		20-22	1955-57	10 % tilfeldig utvalg
Finnmark III 1987-1988				
Alle kommuner		40-62	1925-47	Alle
		20-39	1948-67	Alle inviterte Finnmark II og fortsatt bosatt i fylket samt 10 % tilfeldig utvalg av øvrige
Bugøyenes		18+	-1969	Alle
Finnmark IV 1990				
Båtsfjord, Nordkapp		40-65	1925-50	Alle
Gamvik, Måsøy, Loppa		23-39	1951-67	Alle inviterte til Finnmark III
		20-39	1951-70	30% tilfeldig utvalg av de som ikke var invitert til Finnmark III
Øvrige kommuner		40-42	1948-50	Alle
Finnmark V 1993				
Båtsfjord, Nordkapp		40-68	1925-53	Alle
Gamvik, Måsøy, Loppa		23-39	1954-70	Alle innkalt Finnmark IV og fortsatt bosatt i fylket
Øvrige kommuner		40-42	1951-53	Alle
Finnmark VI 1996				
Båtsfjord, Nordkapp		40-71	1925-56	Alle
Gamvik, Måsøy, Loppa		26-39	1957-70	Alle innkalt Finnmark V og fortsatt bosatt i fylket
Vadsø, Kautokeino, Porsanger		40-71	1925-56	Alle
Øvrige kommuner		40-42	1954-56	Alle
		69-71	1925-27	Alle

8.3 Screening prosedyrer

Alle undersøkelser bestod av en kombinasjon av ett eller flere spørreskjema, og en enkel medisinsk undersøkelse. Prosedyrene for de første undersøkelsene er beskrevet i detalj tidligere^{8,36}. Tabell 4 gir en oversikt over samtlige spørreskjema og medisinske undersøkelser som ble utført. Alle spørreskjemaer finnes i vedlegg 6-11.

Arbeidene i denne avhandlingen brukte følgende undersøkelser, spørreskjemaer og spørsmål:

Arbeid 1 og 2:

- Finnmark III og Finnmark V, spørreskjema 1: Fysisk aktivitet i fritid, kaffe, fettforbruk og daglig røyking
- Finnmark III og Finnmark V, spørreskjema 2: Melkeforbruk, utdanning
- Finnmark III og Finnmark V, medisinsk undersøkelse: Blodtrykk, kolesterol, høyde, vekt

Arbeid 3:

- Finnmark III og Finnmark IV, spørreskjema 1: Daglig røyking (inngår som del av Westlunds risk skåre³⁷)
- Finnmark III, spørreskjema 2: Egenvurdert helse
- Finnmark V, spørreskjema 2: Egenvurdert helse, trivsel og sosial kontakt
- Finnmark III, spørreskjema 3: Trivsel og sosial kontakt
- Finnmark III og Finnmark IV, medisinsk undersøkelse: Blodtrykk, kolesterol (Inngår som del av Westlunds risk skåre)

Arbeid 4:

- Finnmark I, Finnmark III, Finnmark V, Finnmark VI, spørreskjema 1: Daglig røyking
- Finnmark I, Finnmark III, Finnmark V, Finnmark VI, medisinsk undersøkelse: Blodtrykk, kolesterol

Tabell 4. Oversikt over spørreskjema og undersøkelser ved Finnmarksundersøkelsene			
Undersøkelse	Spørreskjema/hovedemner	Utsending/Purring/Språk	Undersøkelser
Finnmark I			
1974-77	Spørreskjema 1 Kardiovaskulær sykehistorie Kardiovaskulære symptomer Fysisk aktivitet i fritid Røyking Arbeid og trygd Familiær belastning av kardio- vaskulær sykdom Etnisitet	Utsendt sammen med invitasjon Levert med undersøkelsen Sjekket av trenet personell Språk: norsk	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total kolesterol, triglyserider, glukose
	Spørreskjema 2 Kosthold, omfattende	Bare i Alta: utlevert ved undersøkelsen	
	Spørreskjema 3 Familiehistorie - infarkt	Bare i Kautokeino, Porsanger, Gamvik og Vadsø, fylt ut av undersøker etter intervju	
Finnmark II			
1977-78	Spørreskjema 1 Som Finnmark I	Som Finnmark I	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total
	Spørreskjema 2 Kosthold, omfattende	Utlevert ved undersøkelsen	kolesterol, triglyserider, Glukose, HDL Kolesterol
	Spørreskjema 3 Familiehistorie - infarkt og magesår	Bare i Kautokeino, Porsanger, Gamvik og Vadsø, fylt ut av undersøker etter intervju	
Finnmark III			
1987-88	Spørreskjema 1 Kardiovaskulær sykehistorie Kardiovaskulære symptomer Fysisk aktivitet i fritid Kosthold (salt/fett/kaffe) Røyking Arbeid og trygd Familiær belastning av kardio- vaskulær sykdom Etnisitet	Som Finnmark I Språk: norsk/samisk	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total kolesterol, triglyserider, puls
	Spørreskjema 2 Egenvurdert helse Magesår Diabetes Muskelskjelettlidelser Søvnløshet, nedtrykthet Sykdom hos slektninger Kosthold, omfattende Alkohol Vane og kostendringer Utdanning	Utlevert ved undersøkelsen Ikke purret Språk: norsk/samisk	
	Spørreskjema 3 Grunner til møtt/ikke møtt Kontakt med helsevesenet Mening om helsetjenesten Medikamenter Fysisk aktivitet i arbeid og fritid Arbeidstilknytning og arbeidsforhold Geografisk bakgrunn Trivsel, psykiske problemer Samtale om helse, sosial kontakt Friluftsliv	Utsendt få uker etter undersøkelsen Purret 1 gang Språk: norsk/samisk	

Oversikt over spørreskjema og undersøkelser ved Finnmarksundersøkelsene			
Undersøkelse	Spørreskjema/hovedemner	Utsending/Purring/Språk	Undersøkelser
Finnmark IV			
1990	<i>Spørreskjema 1</i> Som Finnmark III med tillegg av spørsmål om asbest/kvarts eksposisjon	Som Finnmark I Språk: norsk/samisk	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total kolesterol, triglyserider, puls
	<i>Spørreskjema 2</i> Helsetilstand inklusive egenvurdert helse Kontakt med helsetjenesten Melk, endring av vaner Arbeid Fysisk aktivitet i arbeid og fritid Trivsel og sosial kontakt Foreningsaktivitet Friluftsliv utdanning/sivilstand Alkohol Spørsmål vedrørende Båtsfjord prosjektet Spørsmål vedrørende Nordkapp prosjektet	Utlevert ved undersøkelsen Purret 1 gang Språk: norsk/samisk	
Finnmark V			
1993	<i>Spørreskjema 1</i> Som Finnmark IV	Som Finnmark I Språk: norsk/samisk	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total kolesterol, triglyserider, puls
	<i>Spørreskjema 2</i> Tilnærmet som Finnmark IV pluss språklig bakgrunn	Utlevert ved undersøkelsen Purret 1 gang Språk: norsk/samisk	
Finnmark VI			
1996	<i>Spørreskjema 1</i> Egenvurdert helse Egen sykdom Psykiske symptomer Endring i helsevaner Sykdom i familien Røyking Passiv røyking Mosjon Kaffe/te/alkohol/fett Utdanning	Som Finnmark I Språk: norsk/samisk	Blodtrykk, høyde, vekt Ikke fastende total kolesterol, triglyserider, glukose, puls hofte/livvidde HDL kolesterol Insulin Helicobacter serologi: Kautokeino, Vadsø, Porsanger, Gamvik
	<i>Spørreskjema 2</i> Oppvekstforhold/krig/internat Egen helse Arbeid Trivsel og sosial kontakt Etnisitet/språklig bakgrunn Menstruasjon/p-piller <i>Spørreskjema 3</i> Kolesterolsenkende medisin	Utlevert ved undersøkelsen Purret 1 gang Språk: norsk/samisk Til de som brukte kolesterolsenkende medikamenter - og til andre født den 5., 15. og 25. i hver mnd.	

8.4 Studiepopulasjonen

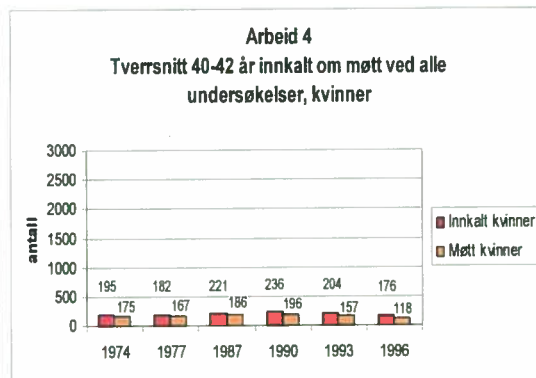
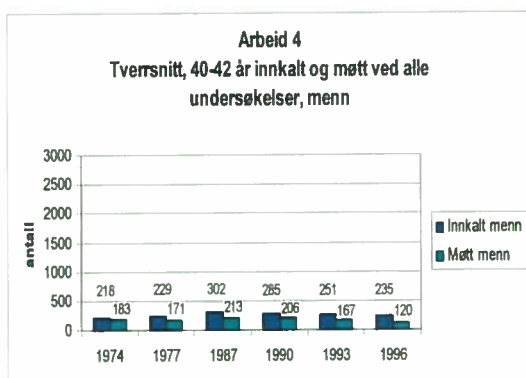
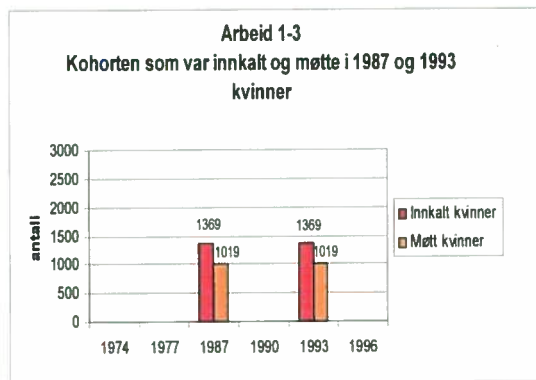
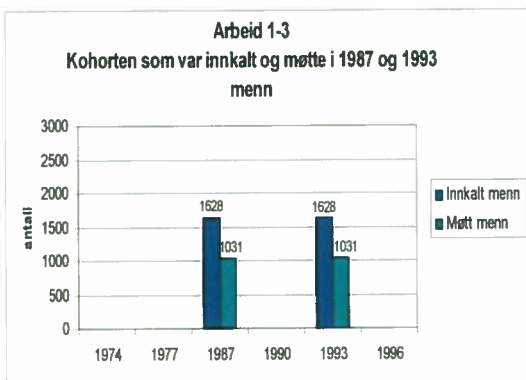
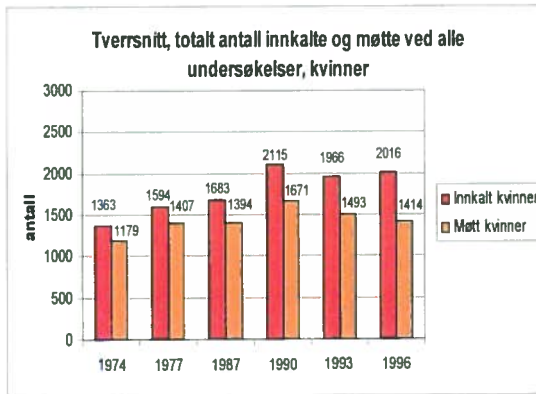
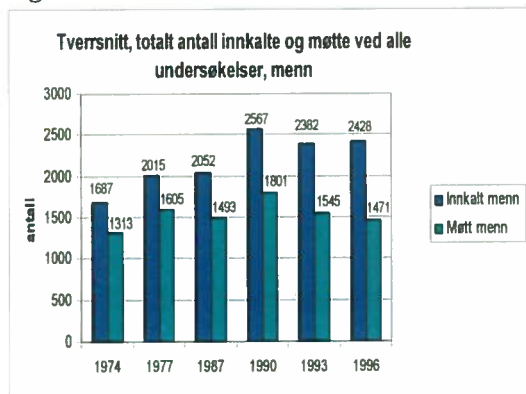
Studiepopulasjonen i hvert delearbeid samt den totale populasjonen i Finnmarksundersøkelsene i de fem aktuelle kommunene, er fremstilt i figur 2.

Arbeid 1-3 ser alle på kohorten som var innkalt og møtte/ eventuelt svarte på spørsmål i 1987 og 1993. Gruppen som ble innkalt begge ganger er betydelig mindre enn det totale antall som ble innkalt i henholdsvis 1987 og 1993, se fig 2. Dette skyldtes både at det fra 1990 ble innkalt en større gruppe i alderen 20-39 (tabell 3) og en betydelig inn- og utflytting i hele Kyst-Finnmark.

Siden arbeid tre bruker spørsmål fra spørreskjema 2 og spørreskjema 3, er frafallet betydelig større her enn i arbeid 1 og 2 som stort sett bruker spørsmål fra spørreskjema 1 og den medisinske undersøkelsen. Spørreskjema 2 ble delt ut ved fremmøtet (ikke purret) og spørreskjema 3 ble sendt ut noen uker etter (purret en gang). Begge skjemaene skulle returneres per post i pre-frankerte konvolutter.

Arbeid fire ser på uavhengige tverrsnitt av 40-42 åringer i de fem kommunene, se figur 2.

Figur 2. Oversikt over materialets sammensetning



8.5 Intervensjonene i Båtsfjord og Nordkapp

Intervensjonsprosjektene i Båtsfjord og Nordkapp ble planlagt og koordinert gjennom en evalueringsgruppe bestående av Fylkeslegen i Finnmark, Institutt for samfunnsmedisin, og prosjektledere og prosjektansvarlige for de to prosjektene. Institutt for samfunnsmedisin var sekretær for evalueringsgruppa.

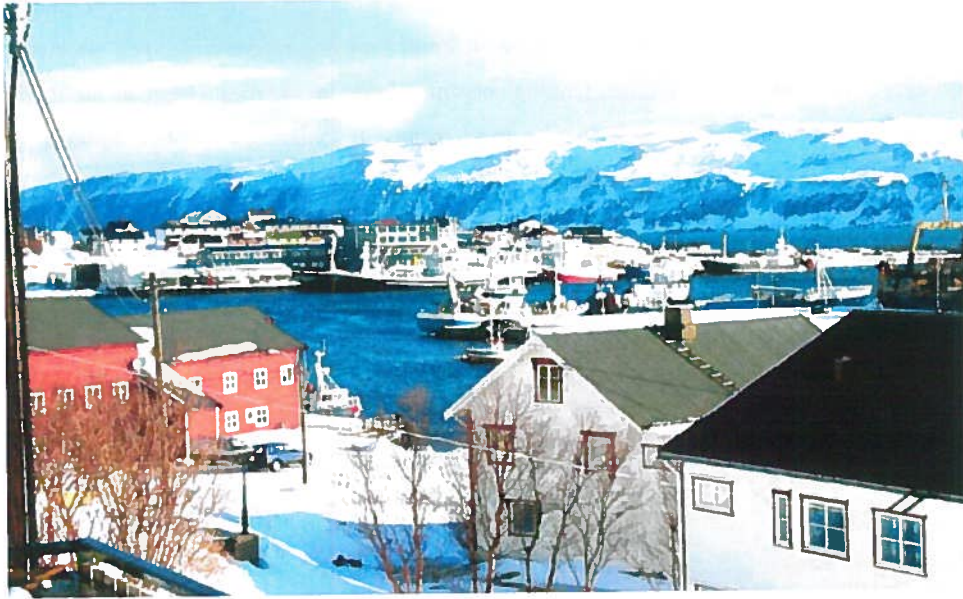
Begge prosjekter hadde kommunelege I som prosjektansvarlig. En lærer var prosjektleder i Båtsfjord og en verneingeniør var prosjektleder i Nordkapp.

Begge prosjektene hadde i tillegg hver sin lokale styringsgruppe. I Båtsfjord bestod styringsgruppa av den lokale helseopplysningskomitèen med representanter fra frivillige organisasjoner og hovedutvalg for helse- og sosial. I Nordkapp besto styringsgruppa av representanter for fiskarlag, fiskeindustri, hovedutvalg for helse- og sosial, kommunelege og verneingeniør.

Det ble gjort en mellomevaluering av prosessvariabler i 1990 for å vurdere om informantene kjente til prosjektene, om de hadde diskutert prosjektene med andre, om de hadde fått ny kunnskap gjennom prosjektene og om de hadde endret vaner³⁸.

8.5.1 Helse og Trivsel prosjektet i Båtsfjord

Prosjektet er blitt inngående beskrevet tidligere³⁹.



Båtsfjord havn med utsikt til Havprodukter

8.5.1.1 Hovedmålsettinger

- Bidra til å bevisstgjøre befolkningen til selv å ta vare på egen helse
- Påvirke befolkningens helse i positiv retning gjennom aktiv egendeltakelse
- Positivt endre det fysiske og sosiale miljøet i kommunen som påvirker helsen
- Redusere Westlunds risk skåre

8.5.1.2 Målgruppen i prioritert rekkefølge

1. Fiskeindustriarbeidere
2. Befolkningen generelt
3. Fiskere

Frivillige organisasjoner og fagforeninger var mobiliseringsenheten. De hadde tidligere vist stor interesse for å bedre helsa i Båtsfjord gjennom arbeidet i kommunens helseopplysningskomité.

De frivillige organisasjonene ble invitert til to idédugnader der spørsmålet var: **Hva** er hinder for god helse i Båtsfjord? Arbeidsbokmetoden ble brukt for å organisere innspill og effektivere løsninger²⁸. Det viste seg at styrene i frivillige organisasjoner for det meste besto av ansatte i offentlig virksomhet, og man valgte å endre prioriteringen av målgrupper der befolkningen generelt ble prioritert foran fiskeindustriarbeidere.

En redaksjonskomité utgått fra idédugnadene ble nedsatt for å lage en arbeidsbok.

I arbeidsboka ble forslagene fra deltakerne i idédugnaden systematisert i 9 hovedområder:

- Mosjon
- Kosthold
- Røyking
- Alkohol
- Arbeidsplasser
- Arbeidsmiljø
- Turnover av fagfolk – kompetanseheving
- Ulykker
- Nettverksbygging

På bakgrunn av de ni hovedområdene ble det stilt spørsmål i arbeidsbøkene om: **Hvordan** forbedrer vi helsa i Båtsfjord? Organisasjonene ble bedt om å gi forslag til løsninger på de problemområdene som ble identifisert på idédugnadene. De kunne selv velge å svare på det som var aktuelt for dem.

Det ble lagt vekt på en positiv vinkling og lokal gjenkjennelig layout. Arbeidsbøkene ble utsendt til de organisasjonene som hadde deltatt i idédugnadene, til ungdomsskolen og et fiskebruk. Det ble bedt om at disse fylte ut arbeidsbøker i grupper som de selv satt

sammen. En oversikt over hvem som fylte ut arbeidsbøker er gjengitt i tabell 5. Vedlegg 5 viser kopi av arbeidsboka.

Tabell 5. Utfylte arbeidsbøker fordelt på målgrupper og organisasjoner					
Organisasjon	Antall bøker	Antall personer			
		Fiskere	Fiskeindustri arbeider	Andre	Pensjonister
Båtsfjord kommune	8			31	1
Familiegrupper	2		2	4	1
Partilag	1		2	2	
Fagforeninger	4			18	
Humanitære org.	4		3	6	17
Ungdomskolen	13			64	
Fiskeindustri	6		31		
Totalt	38		38	125	19

Alle forslagene ble samlet i en arbeidsbok nr. 2 og diskutert med organisasjonene på nytt for å fordele ansvaret for enkeltaktivitetene. Noen få aktiviteter ble lagt til selve prosjektledelsen, men de fleste aktivitetene ble drevet av organisasjoner og offentlige etater. De viktigste samarbeidsorganisasjonene i prosjektet var idrettslagene inklusive bedriftsidrettslaget, pensjonistforeningen, ungdomsskolen, teknisk etat, kulturkontoret og flyktningkonsulenten. Kontakten med fiskeindustrien var komplisert og begrenset seg til utfylling av arbeidsbøker. Innsatsområdene er beskrevet i detalj tidligere⁴⁰.

8.5.1.3 Gjennomførte tiltak

Mosjon: For forskjellige grupperinger ble følgende tiltak gjennomført: Barneidrettskole, trim

for damer, skisporkjøring, turmarsjer, hjertetrim, reumatiker bading, badminton trim for voksne, ringmila på sykkel, dans i skolen, pensjonistdans, volleyball og fotballturneringer i regi av bedriftsidrettslaget og merking av turløyper. På individnivå ble det gitt veiledning av høyrisikoindivider på helsesenteret.

Kosthold: For forskjellige grupperinger ble følgende tiltak gjennomført: Nasjonalforeningens kolesterolkampanje i samarbeid med skolen, spis sunt - spis grønt kampanjen i mellomtrinnet på skolen, kostholdskurs for tamilske kvinner, felles middag for pensjonister, matkurs for personer med høyt kolesterol og Norges fiskarlags kampanje "Sunn mat til sjøs, det er sikkert" i samarbeid med Fiskernes Velferdsstasjon. På individnivå ble det gitt veiledning av høyrisikoindivider på helsesenteret.

Røyking: For forskjellige grupperinger ble følgende tiltak gjennomført: Begrensing av røyking for ansatte i skoler, barnehage og helsesenter og røykfripris på ungdomskolen. På individnivå ble det gitt veiledning av høyrisikoindivider på helsesenteret.

Alkohol: For elevene på skolen ble følgende tiltak gjennomført: Det ble dannet foreldrenettverk på ungdomskolen for å redusere fyll blant og salg av hjemmebrent til elevene. På individnivå ble det gitt veiledning av høyrisikoindivider på helsesenteret.

Ulykker: For hele kommunen ble det laget trafiksikkerhetsplan sammen med teknisk etat og foreldergrupper. Det ble satt opp skolebuss for alle elever som ønsket det for å begrense ulykker når det var snøfokk.

Nettverksbygging: Det var en viktig del av de fleste aktiviteter over. I tillegg ble det gjennomført spesiell tiltak for å integrere en stor gruppe nyankomne tamilske flyktninger.

8.5.1.4 Områder som var utenfor prosjektets direkte påvirkningsmuligheter

Områdene Arbeidsplasser, arbeidsmiljø, og "Turnover" av fagfolk – kompetanseheving lå utenfor prosjektets påvirkningskraft, men de ble så langt det var mulig tatt inn i kommuneplanarbeidet som pågikk i 1990-91. Også dette planarbeidet brukte arbeidsbokmetoden.

8.5.2 Nordkapp yrkesrettede helsetjeneste (NYH)

Prosjektet har vært beskrevet inngående tidligere^{41,42}.



Egnebu i Honningsvåg før utbredningsarbeidet startet

8.5.2.1 Hovedmålsettinger

- Reduksjon av ulykker, sykefravær og bedring av arbeidsforhold om bord i fiskebåter og i fiskeindustrien
- Redusere Westlunds risk skåre med 25 %
- Arbeid med helse, miljø og sikkerhet blant fiskere og fiskeindustriarbeidere skulle være en del av kommunens arbeid med miljørettet helsevern
- Etablere en varig helse-, miljø- og sikkerhetsorganisasjon for fiskere

8.5.2.2 *Målgruppe i prioritert rekkefølge*

- Fiskere
- Fiskeindustriarbeidere.

Arbeidet skulle foregå i samarbeid med fiskerinæringen og fiskarlaget. Arbeidet ble organisert som en del av kommunehelsetjenestens samfunnsmedisinske arbeid. Det praktiske arbeidet ble organisert rundt verneingeniøren som hadde bred yrkeserfaring fra fiske og sjøfart. Arbeidet ble basert på erfaringslæring.

8.5.2.3 *Oppgaver for NYH*

- Kartlegge arbeidsforhold i fiskeindustrien og i fiskeflåten, utarbeide handlingsplaner, og organisere helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid for fiskere.
- Individuell veiledning og helseundersøkelser i utvalgte grupper

8.5.2.4 *Fiskerimedisinske aktiviteter*

- Vernearbeid i fiskeindustrien: I bedriftene tidligere Polar Honningsvåg og tidligere Fideco Nordvågen organiserte NYH vernearbeid og tilrettelegging av arbeidsplasser i ny produksjonshall i samarbeid med ansatte og bedriftseier.
- Mobilisering av fiskere: For å få fiskere i tale deltok verneingeniøren i fiske sammen med mannskapet mens han filmet arbeidssituasjonen i fiskebåten med påfølgende drøfting av funn med skipper og mannskap. Som et resultat av disse drøftingene ble det utviklet utstyr til fiskebåter som resulterte i : Ergonomiske og rasjonelle bløggbeinger og utstyr for sløyning og oppbevaringsbokser for overlevelsesdrakter i nærheten av rorhuset slik at de kunne nås raskt.
- Modellegnebu: I samarbeid med lokale fiskere og snekkere ble en modell egnebu i tradisjonsrikt egnebuanlegg innredet. I samarbeid med fiskere ble det utviklet regulerbart egnebord og traller for frakting av egnestamper.
- Sikkerhetstiltak: Det var et utstrakt samarbeid med sikkerhets- og havarisenteret i

Honningsvåg. All aktivitet både på kai og båt skulle være gjennomsyret av sikkerhetstenkning.



Arbeidsforhold ved lossing av fisk ved kai i Honningsvåg

- Varmdrikkeautomat: Det ble installert varmdrikkeautomat ombord for å redusere kaffeinntaket og øke kaloriinntaket som en del av Norges Fiskarlag's prosjekt: "Sunn mat til sjøs er sikkert".
- Strukturerede individuelle helseundersøkelser i utvalgte grupper og til høyrisikoindivider funnet ved Finnmark III og Finnmark IV

8.5.2.5 Andre aktiviteter

- NYH ble utvidet til også å være paraplyorganisasjon for alle samfunnsmedisinske aktiviteter.
- Kommunelege I arbeidet med røykfrie kommunale arbeidsplasser, noe som resulterte i et vedtak i kommunestyret om røykfrihet⁴³.
- Det var samkjørt individuell rådgivning som en del av ordinære konsultasjoner på

helsestasjonen og legekantor av høyrisikoindivider fra stabile leger og helsesøstre.

8.5.2.6 Aktiviteter som lå nær opp til prosjektets målsettinger med aktører utenfor prosjektorganisasjonen

- Skole og helsesøster jobbet med kosthold i skolen gjennom matpakkeaksjon, matbod og gjennom prosjektsamarbeid med sykepleieskolen i Finnmark.
- Skole- og kulturetaten sammen med helsesøster drev Forebyggende ungdomsgruppe og Lev i lag prosjekt.
- Mosjonstiltak ble gjennom hele perioden drevet av idrettslag og lokale grupper.

9 HOVED-RESULTATER

9.1 Arbeid 1. The Finnmark Intervention Study. Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway.

Etter at intervensjonsprosjektet i Nordkapp hadde pågått fra 1988-1993, ble effektene evaluert ved å analysere den kohorten som deltok både i Finnmark III (1987/88) og Finnmark V (1993). Kohorten var blitt seks år eldre.

Endringene i Nordkapp ble testet mot endringene i kontrollkommunene.

Fra 1987-1993 var reduksjonen i andelen menn i Nordkapp som drakk kokekaffe 21,3 % poeng, mens nedgangen i kontrollkommunene var 13,7% poeng ($p=0,026$), økningen i andelen menn som drakk skummet melk i Nordkapp var 10,5 % poeng mens økningen i kontrollkommunene var 1,1% poeng ($p=0,007$), reduksjonen i kolesterol blant menn i Nordkapp var 0,3 mmol/l, mens reduksjonen i kontrollkommunene var 0,2mmol/l ($p=0,004$). Til slutt var reduksjonen i kroppsmasseindeks (KMI) 0,2 kg/m² blant menn i Nordkapp, mens den økte med 1,1 i kontrollkommunene ($p<0,001$).

Fra 1987-1993 var reduksjonen i andelen kvinner i Nordkapp som var daglig røykere 5,9% poeng, mens andelen økte med 1,6% poeng i kontroll kommunene ($p=0,007$), reduksjonen i andelen kvinner i Nordkapp som drakk kokekaffe var 21 % poeng, mens reduksjonen var 14 % poeng i kontrollkommunene ($p=0,037$). Økningen i KMI blant kvinner i Nordkapp var bare 0,4 kg/m², mens økningen i kontrollkommunene var 1,4 ($p<0,001$). Til slutt var økningen i Westlunds risk skåre bare 0,1 blant kvinner i Nordkapp, mens økningen i kontrollkommunene var 0,6 ($p=0,016$).

Konklusjonen var at det er mulig for kommunehelsetjenesten i samarbeid med næringsliv og fiskerierorganisasjoner å påvirke kardiovaskulær risiko gjennom intervensjon basert på prinsippet om deltakelse og medbestemmelse med utgangspunkt i arbeidsmiljøet.

9.2 Arbeid 2. The Finnmark Intervention Study: Is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis?

Etter at intervensjonsprosjektet i Båtsfjord hadde pågått fra 1988-1991, ble effektene evaluert ved å analysere den kohorten som deltok både i Finnmark III (1987/88) og i Finnmark V(1993). Kohorten var blitt seks år eldre.

Endringene i Båtsfjord ble testet mot endringene i kontrollkommunene.

Fra 1987-1993 var økningen i andelen menn i Båtsfjord som deltok i fysisk aktivitet fritiden på 8,6 % poeng, mens andelen i kontrollkommunene økte med 0,6 % poeng ($p=0,047$). Blant menn i Båtsfjord var systolisk blodtrykk uforandret, mens økningen i kontrollkommunene var 2,2 mmHg ($p=0,002$). Reduksjon i diastolisk blodtrykk blant menn i Båtsfjord var 2,1 mmHg, mens økningen i kontrollkommunene var 0,8 mmHg ($p<0,001$).

Fra 1987-1993 var økningen i andelen kvinner i Båtsfjord som drakk skummet/lett melk 11,2 % poeng, mens økningen var 3,3 % poeng i kontrollkommunene ($p=0,046$). Blant kvinner i Båtsfjord var økningen i systolisk blodtrykk 2,1 mmHg, mens økningen i kontrollkommunene var 4,6 mmHg ($p=0,024$). Til slutt var reduksjonen i det diastoliske blodtrykket på 2,1 mmHg blant kvinner i Båtsfjord, mens det var en økning i det diastoliske blodtrykket på 1,8 mmHg i kontrollkommunene ($p<0,001$).

Konklusjonen var at det er mulig for kommunehelsetjenesten i samarbeid med andre deler av kommunen og frivillige organisasjoner å påvirke kardiovaskulær risiko gjennom intervensjon basert på prinsippet deltakelse og medbestemmelse.

9.3 Arbeid 3. The Finnmark Intervention Study: Do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well-being? Experiences from Båtsfjord, a fishing village in North Norway.

Etter intervensjonsprosjektet i Båtsfjord (1988-1991), testet vi om det hadde vært endringer i egenvurdert helse og trivsel mellom Finnmark III (1987/88) og Finnmark V(1993) i den kohorten som deltok begge ganger for å vurdere om det var negative sider ved en slik intervensjon. Endringene i Båtsfjord ble testet mot endringene i kontrollkommunene. Lavrisiko- og høyriskogrupperne ble testet hver for seg. Mennene i lavrisiko gruppen i

Båtsfjord skilte seg ikke fra mennene i lavrisiko gruppen i kontrollkommunene. Kvinnene i lavrisikogruppen som var deprimert ble redusert med 20,4 % poeng i Båtsfjord, mens det i kontrollkommunene var en reduksjon på 9,6 % poeng ($p=0,060$). Det var også en reduksjon i andelen ensomme kvinner i Båtsfjord med 19,2 % poeng mot 5,8 % poeng i kontrollkommunene ($p=0,005$). Blant menn i høyrisikogruppen i Båtsfjord var det en reduksjon i andelen ensomme med 14,7 % poeng, mens det var en økning på 5,9 % poeng i kontrollkommunene ($p=0,004$).

Konklusjonen var at intervensjonen i Båtsfjord ikke hadde hatt negative virkninger på disse parametrene.

9.4 Arbeid 4. The Finnmark Intervention Study: Changes in coronary heart risk factors before and after community intervention in two fishing villages in North Norway.

Vi ønsket å se intervensjonene i Båtsfjord og Nordkapp i et mer langsiktig perspektiv gjennom tverrsnittsanalyser av endringer i Westlunds risk skåre, daglig røyking, blodtrykk og kolesterol blant 40-42 åringer som deltok i Finnmarks undersøkelsene i 1974-75, 1987-88, 1993 og 1996.

Samlet for alle fem kommuner var det en nedgang i Westlunds risk skåre for menn i perioden 1974-1987/88 på 17,6 ($p<0,000$) og for kvinner på 1,8 ($p<0,000$), mens endringene fra 1987/88-1993 og fra 1987-1996 ikke var signifikante.

Vi testet også endringene i intervensjonskommunene mot endringene i kontrollkommunene. Det var ingen forskjell i endringer i disse risikofaktorene mellom kontroll- og intervensjonskommuner i perioden 1974-1987/88 og i perioden 1987/88-1996. Når det gjelder intervensjonsperioden 1987/88-1993 ble det blant de undersøkte gruppene 40-42 år gamle menn i Båtsfjord funnet 6 mmHg lavere gjennomsnittlig systolisk blodtrykk etter intervensjonen i 1993 enn før, mens det var høyere gjennomsnittlig systolisk blodtrykk på 1,1 mmHg i kontrollkommunene ($p=0,015$). Blant 40-42 år gamle kvinner i Båtsfjord var tilsvarende funn 6,9 mmHg lavere systolisk blodtrykk i 1993, mens det var 4,1 mmHg høyere i kontrollkommunene ($p=0,012$). Det diastoliske blodtrykk var 6,1 mmHg lavere blant kvinner i Båtsfjord i 1993, mens det var en økning på 4,6 mmHg blant 40-42 år gamle kvinner i kontrollkommunene ($p=0,001$).

I Nordkapp var det ingen signifikante forskjeller i forhold til kontrollkommunene i denne tverrsnittsanalysen i intervensjonsperioden fra 1987/88-1993.

Konklusjonen var at intervensjonsstudien hadde foregått i en periode med sterke nedadgående trender for kardiovaskulære risikofaktorer i Finnmark . Det var ingen vesentlig kommuneforskjell før eller etter intervensjonen . I intervensjonsperioden ser vi i tverrsnittsanalyser bare små forskjeller, mens endringer på individnivå er beskrevet i arbeid 1-2.

10 DISKUSJON

10.1 Statistiske metoder

10.1.1 Utvelgelse av intervensjons- og kontrollkommuner

I en eksperimentell situasjon i laboratoriet er det ønskelig å randomisere individer til intervensjon/behandling eller kontroll. Hvis antallet individer er høyt nok vil de to gruppene være like med hensyn til bakgrunnsvariabler som alder, kjønn og andre mulige karakteristika⁴⁴. En lokalsamfunnsstudie som vår med kommuner som enhet, har sjelden mange intervensjonskommuner og mange kontrollkommuner. Da er det viktig å plukke ut kommuner som er så lik som mulig i bakgrunnsvariabler. I vårt tilfelle ble dette tilstrebet gjennom å velge både kontroll- og intervensjonskommuner fra samme kystområde, med tilnærmet samme befolknings sammensetning hva gjaldt alder, utdanning, næringsliv og etnisk tilhørighet. Vi har brukt kommune som grupperingsvariabel og gjort alle analyser på individnivå.

10.1.2 Styrke og svakheter ved kohorte og tverrsnittsanalyser ved intervensjonsstudier

Bruk av kohorte for å analysere endring: Ved å bruke kohorter måler man gjennomsnittlig endring hos individene i lokalsamfunnet. Enkeltindividene som er grunnlaget for den gjennomsnittlige endringen, har bodd i lokalsamfunnet gjennom intervensjonsperioden og har hatt mulighet til å delta i og bli påvirket av intervensjonen. Kohorter er derfor i utgangspunktet sannsynligvis best til å måle effekter av en intervensjon.

Hvis oppfølgingstiden blir for lang er det imidlertid flere problemer som oppstår. Jo lengre observasjonsperioden er jo større problemer vil man ha med frafall på grunn av flytting, død eller manglende oppmøte. Av de som ble innkalt både i 1987/88 og 1993, var det 68 % som møtte begge ganger. Hvis vi skulle ha studert perioden 1974-1996 i kohorteanalyse, ville frafallet vært betydelig. Av de som møtte i 1987 og 1993, møtte 57 % også i 1974, mens 75 % møtte i 1996. I tillegg kommer problemet med variabler som er aldersavhengige. I denne studien gjelder det blant annet blodtrykk, kolesterol og Westlunds risk skåre. Disse variablene er så aldersavhengige at intervensjonseffekter kan bli maskert av alderseffekter.

Bruk av tverrsnittstudier for å analysere endring: Tverrsnittstudier måler endringer i forekomst av en risikofaktor i befolkningen. Vi har imidlertid ikke noen sikkerhet for at de individer som er analysert har bodd i kommunen hele tiden, og om de er blitt utsatt for intervensjonen. Innbyggerne på kysten hadde i denne perioden en svært høy inn og utflytting⁴⁵. Tverrsnittsanalyser sier sannsynligvis noe mer om trender enn kohortanalyser av endringer i samme individ. En del av de eldste født fra 1926 til 1945 hadde opplevd fattigdom, krig, brenning og evakuering. De hadde sannsynligvis i utgangspunktet større risiko for hjerte-kar lidelser⁴⁶ enn 40-42 åringer som ble undersøkt i 1993 og 1996 (født 1950-1956), på grunn av store forbedringer i oppvekstforholdene etter krigen. Dette er endringer helt uavhengig av intervensjonen.

For å sette intervensjonsstudien inn i et tidsperspektiv valgte vi å bruke begge disse analysemetodene – kohorteanalysene for å evaluere effektene av selve intervensjonsstudien og tverrsnittsanalyser for å vurdere trendene over hele tidsperioden 1974-1996.

10.1.3 Sammenlikning av endringer i risikofaktorer for hjerte-kar sykdommer i kohortene som møtte både i 1987/88 og 1993 i intervensjons- og kontrollkommunene, alder 20-62 i 1987, arbeid 1-3

Sammenlikning av endringer i et lokalsamfunn med endringer i et annet lokalsamfunn byr på en del problemer. Ved å opprette en variabel for endring av en risikofaktor over et visst tidsspenn, i vårt tilfelle endringen fra 1987/88 til 1993, får man en variabel som sier noe om gjennomsnittlig endring på individnivå i dette lokalsamfunnet i dette tidsrommet blant dem som møtte begge ganger. Det betyr at de som tilhører kohorten som var tilstede begge ganger er basis for analysen. Begrunnelsen for å velge kohorte fremfor tverrsnitt var både relativt kort observasjonsperiode, og at en slik endringsvariabel gjorde det mulig å sammenlikne endringer i en befolkning med endring i annen befolkning. Statistisk styrke ble beregnet for å vurdere hvilke forskjeller det var mulig å påvise med den eksisterende studiepopulasjonen. Forskjellen som kunne påvises med en styrke på 0,8 og signifikansnivå på 0,05 var tilfredstillende for de kontinuerlige variablene, men forskjellene som kunne påvises for dikotome variabler lå mellom 8-10% poeng. Ut fra folkehelsebetraktninger kunne det vært av interesse å kunne påvise endringer som er mindre enn 10 % i dikotome livsstilsvariabler.

Både for kontinuerlige variabler og for dikotome ja/nei (1/0) variabler, vil gjennomsnittlig individuell endring bety en netto endring i populasjonen. En endringsvariable for opprinnelige dikotome variabler vil kunne ha verdien; 1+ (positiv endring), 0 (uendret) og -1(negativ endring).

Det ble gjort kjønnsesifikke kovariansanalyser/ t-tester mellom gjennomsnittlig individuell endring i intervensjonskommunene og gjennomsnittlig individuell endring i kontrollkommunene.

En av forutsetningene for bruk av kovariansanalyse/t-test er normalfordeling. Endringene i de kontinuerlige variablene som blodtrykk og kolesterol, er normalfordelt, mens endringen i de opprinnelig dikotome variablene ikke er normalfordelt. Imidlertid tilnærmer gjennomsnitt av forskjellige grupper tatt tilfeldig ut av samme populasjon, normalfordeling så lenge n er >30 (sentralgrenseteoremet)⁴⁷. Det er også en forutsetning for bruk av kovariansanalyse at residualene er normalfordelt, og det ble derfor gjort residualanalyse for disse variablene. De fleste residualene er normalfordelt, bare residualene for endring i fornøydhet med livet og daglig røyk hadde mindre avvik fra normalfordeling. Kovariansanalyse er i tillegg en svært robust analyse, og den tillater oss å korrigere forskjeller mellom gruppene. Dette ble gjort der det var relevant.

Analysene i arbeid 3 ble i tillegg analysert med logistisk regresjon der den avhengige variabelen var verdien etter intervensjonen. I analysen ble det korrigeret for verdien ved start av undersøkelsen som uavhengig variabel. Dette førte ikke til vesentlig andre resultater enn kovariansanalyse av de samme endringene. Kovariansanalyse gir også lett forståelige resultater (endring i % poeng). Alle disse forhold tatt i betraktning førte til at vi valgte å holde fast på kovariansanalyse.

10.1.4 Sammenlikning av endringer i risikofaktorer for hjerte-kar sykdommer i aldersgruppen 40-42 år fra 1974 til 1996 i intervensjons- og kontrollkommunene, arbeid 4

I dette arbeidet er det gjort tverrsnittsanalyser på uavhengig utvalg. Begrunnelsen for bruk av tverrsnittsanalyse var at vi ønsket å se hvordan vår studie plasserte seg i trendene i et lengre

tidsperspektiv. I tillegg ville den store tidsavhengigheten i de analyserte variablene gjort en kohortestudie vanskelig. Man ville da i alt vesentlig analysert hvordan alder påvirket disse og ikke endringer før og etter en intervensjon.

Utvalgene i de forskjellige Finnmarksundersøkelsene er i hovedsak gjort med henblikk på analyser av fødselskohorter som kan analyseres gjennom flere undersøkelser, se tabell 3. For å få uavhengige utvalg fra de aldersgruppene der alle var innkalt til alle undersøkelsene, var aldersgruppen 40-42 år den gruppen som tilfredstilte disse kravene. Alle personene mellom 40-49 år var innkalt til alle undersøkelsene, men hadde vi valgt hele dette aldersspennet, ville vi fått en god del overlapping mellom undersøkelsene. Vår hovedmålsetting med dette arbeidet var ikke å sammenlikne tverrsnittsanalyser med kohorteanalyser i intervensjonsperioden men å se vår studie i et 22 års perspektiv. Når vi analyserte hele materialet samlet, var styrken tilfredstillende.

Når materialet ble fordelt på kontroll og intervensjonskommuner ble de enkelte undergrupper relativt små, se figur 2. Statistisk styrke ble derfor i tillegg beregnet for å vurdere hvilke forskjeller det var mulig å påvise mellom kontroll og intervensjonskommune med den eksisterende studiepopulasjonen. Forskjeller som kunne påvises med en styrke på 0,8 og signifikansnivå på 0,05 er gjort for menn og var på ca 8 mmHg for systolisk blodtrykk, 6 mmHg for diastolisk blodtrykk, 0,7 mmol for kolesterol og 25 % for røyk. Det hadde vært ønskelig å kunne påvise mindre endringer både i røykeandel og blodtrykk ut fra folkehelsebetraktninger. Ut fra dette kan det sies at antallet som er med i studien er for lavt hvis hovedhensikten med arbeidet hadde vært å studere forskjellen mellom intervensjons- og kontrollkommuner.

De kontinuerlige variablene ble analysert med multippel lineær regresjon. Forutsetningene for å bruke denne metoden er at variablene er normalfordelte. I tillegg bør residualene være normalfordelt. Det ble derfor gjort residualanalyse og residualene var normalfordelt. Logistisk regresjon ble benyttet ved analyse av daglig røyk, den eneste dikotome variabelen. Modellforutsetningen ble funnet tilfredstillende (Hosmer og Lemeshow's goodness of fit test, $p=0,676$).

10.2 Diskusjon av bias

Med bias forstår vi en forutsigbar skjevhet i de innsamlede data. Det finnes to hovedtyper bias, informasjonsbias og seleksjonsbias. Med informasjonsbias mener vi at de innhentede data fra spørreskjema ikke gir svar på det vi spør om, eller at de biologiske målingene gir en systematisk feil verdi. Med seleksjonsbias mener vi at de individene vi har undersøkt eller fått spørreskjema fra på en systematisk måte ikke representerer den befolkning de er hentet fra, men som man ønsker å generalisere i forhold til.

10.2.1 Informasjonsbias

Finnmarksundersøkelsene benyttet spørreskjema og en enkel medisinsk undersøkelse som metode for å innhente data.

Det finnes omfattende litteratur om fordeler og ulemper ved bruk av spørreskjema, men de vil bare summarisk nevnes her⁴⁸. De viktigste fordelene ved å bruke spørreskjema er; billig å administrere, når mange personer, kan redusere frafall i mobile grupper som det er vanskelig å oppsøke for intervju. De viktigste ulempene ved spørreskjema er; krever at informanten synes det er greit å fylle ut skjema, tillater ikke oppklarende spørsmål underveis, gir som oftest lavere svarprosent enn personlig intervju, krever at spørsmålene er balanserte og klare.

Kombinasjonen mellom spørreskjema og intervju av et mindre utvalg der man kan gå i dybden er ofte en fordel. Dette ble gjort i noen grad gjennom prosessevalueringen⁴⁹.

Spørsmålene bør helst være validerte slik at man er sikker på at man ikke på en systematisk måte får svar på noe annet enn det man spør om. Siden denne studien ser på endringer i livsstil og psykososiale variabler, ikke absolutt verdi blir problemene med informasjonsvaliditet mindre. I kohorte undersøkelsene er den enkelte stilt samme spørsmål to ganger og endringen er analysert. Sjansen for at den enkelte endrer oppfatning av hva det spørres om over tid er relativt liten. Det er videre ingen grunn til å tro at utfyllingen av spørreskjema varierte på en systematisk måte mellom de forskjellige undersøkelsene eller mellom intervensjons- og kontrollkommuner.

I Finnmarksundersøkelsene ble spørreskjema tatt med til undersøkelsen, og informanten fikk hjelp til å fylle ut det som var uklart. Dermed ble problemet med misforståelse og ikke

utfylte svar redusert.

Spørreskjema 2 og spørreskjema 3 ble i sin helhet utfylt på egen hånd. Disse spørreskjemaene ble derfor mer ufullstendig utfylt. Det er grunn til å tro at svar på et spørsmål som gjaldt tidligere sykdommer eller kosthold, fortrinnsvis ble gitt av de som kunne svare ja på spørsmålet³⁶. Siden vi ser på endringer, vil en slik svakhet ikke bety så mye.

Spørsmålene som er brukt i spørreskjemaene i våre analyser er for det meste validert. Spørsmålet om selvrapportert daglig røyking er vurdert i en meta-analyse⁵⁰. Den viser god sammenheng mellom biologisk påvisbar kotinin i serum som indikator for nikotininntak og spørreskjema data blant voksne. Spørsmålet om fysisk aktivitet i fritiden som har vært brukt av Statens helseundersøkelser fra 1974 til 1999, er nettopp blitt validert gjennom en norsk studie av 332182 personer i alderen 40-42 år fra helseundersøkelsene. Denne undersøkelsen viser at reliabiliteten av selvrapportert fysisk aktivitet har vært stabil gjennom 25 år⁵¹. I tillegg viser studien klar sammenheng mellom serum kolesterol, KMI og selvrapportert fysisk aktivitet, noe som tyder på at validiteten er tilfredstillende. Når det gjelder variabelen egenvurdert helse, er den godt validert og er bl.a. en sterk prediktor for død⁵². De øvrige variablene fra arbeid tre er delvis modifiserte variabler fra The General Health Questionnaire, delvis fra andre internasjonale studier. De få spørsmålene som er med fra General Health Questionnaire er vurdert til å være likeverdig med GHQ -20 i befolkningsundersøkelser⁵³.

De øvrige dataene i denne studien kommer fra den medisinske undersøkelsen, og de består av kolesterol, blodtrykk og høyde/vekt målinger.

Når det gjelder kolesterol og blodtrykk har metodene blitt endret mellom 1974 og 1987. Her er det viktig å påpeke at blodprøvene er blitt analysert ved samme laboratorium i hele perioden og standardiserte testprosedyrer er benyttet hele tiden. Det er utarbeidet omregningsfaktorer for overgang til nye metoder som er beskrevet i detalj i arbeid fire. Kolesterolverdier er avhengig av hvilken tid på året målingen har skjedd. Undersøkelsene er så langt det har vært mulig blitt gjennomført på samme tidspunkt på året. Validering av blodtrykkmålinger med gammel og ny metode under feltforhold er gjort⁵⁴.

Den prediktive verdien av Westlunds risk skåre er også blitt vurdert. Westlunds risk skåre viser sterk prediktivitet av hjerteinfarkt gjennom 21 års oppfølging av Oslo undersøkelsen i 1972/73. Oslo undersøkelsen som bare omfattet menn, var den første i rekken av liknende

større helseundersøkelser. Konklusjonen må bli at informasjonsbias av noen viktighet er lite sannsynlig.

10.2.2 Seleksjonsbias

I de to første artiklene analyseres kohorten som møtte både i 1987 og 1993. De variablene som ble analysert var stort sett hentet fra spørreskjema 1 eller den medisinske undersøkelsen. Fremmøteprosenten blant de som ble innkalt to ganger var relativt høy, 68-70 %. Vi påviste at de som bare møtte en gang var yngre og røkte mer. Siden de er få i forhold til alle som møtte, vil påvirkningen på endringer i gjennomsnitt ikke ha særlig betydning⁵⁵.

I det tredje arbeidet er frafallproblematikken betydelig større. I 1987 var egenvurdert helse på spørreskjema 2, mens resten av spørsmålene var på spørreskjema 3. I 1993 var alle spørsmål på spørreskjema 2, se tabell 4. Utfylling av spørreskjema 2 og 3 bar preg av at den enkelte hadde fylt ut det som syntes relevant slik Westlund beskriver³⁶. Bare 23 % av de som ble innkalt to ganger hadde besvart alle relevante spørsmål begge ganger (egenvurdert helse, depresjon, fornøydhet med livet, ensomhet, snakket med familie eller andre om helse, mestrer hverdagen). Av den grunn valgte vi å analysere de kohortene som hadde møtt to ganger og besvart ett aktuelt spørsmål to ganger. Da var svarprosenten mellom 45 og 50 % for enkeltspørsmålene. For hvert spørsmål er det altså litt forskjellige kohorter som er analysert. Vi valgte egenvurdert helse for å vurdere effekten av en så omfattende seleksjon. Hvis vi sammenliknet andelen med god egenvurdert helse blant de som både hadde svart i 1987 og 1993, med de som hadde svart enten den ene eller den andre gangen, var det bare marginale forskjeller i andelen som rapporterte god egenvurdert helse. Forskjellene gikk i samme retning i intervensjonskommunen og kontrollkommunene. Ut fra denne frafallsanalysen kan vi altså konkludere at seleksjonen trolig ikke spilte en vesentlig rolle for det endelige analyseresultatet.

I tverrsnittsanalysene i arbeid 4 falt fremmøteprosenten i tidsperioden 1974 til 1996 blant menn fra 84 % til 51 %, og blant kvinner fra 90 % til 67 %. I Helseundersøkelsen i Oslo (2000-2001) var fremmøteprosenten 46% av de 40 888 inviterte. For å vurdere mulig seleksjonsbias sammenliknet man der sosiodemografiske variabler blant de fremmøtte med tilsvarende opplysninger fra offentlige registre for hele befolkningen (SSB's FD-trygd), og beregnet på flere ulike måter mulighetene for skjevheter i prevalens estimerer og

assosiasjoner. Det ble funnet at virkningen av selv seleksjon hadde begrenset betydning for prevalens estimater for utvalgte risikofaktorer og selvrapportert sykdom/helse⁵⁶.

Mange studier som har vurdert forskjeller i prevalens estimater etter ulik fremmøteprosent, har kommet til tilsvarende resultat⁵⁷. Man kan likevel ikke utelukke at fallet i fremmøtet i Finnmark fra 1974 til 1996 har virket inn på resultatene. Fallet i riskskåre var imidlertid sterkest i perioden 1974-1987, mens fremmøteprosenten var rimelig høy og minst påvirket av eventuell seleksjonsbias.

10.3 Diskusjon av intervensjonsmetodene

Prosessene og intervensjonsmetodene er blitt behandlet svært grundig i Nils Henriksen dr. grad⁴⁹. En del viktige vurderinger vil likevel bli drøftet her.

For å kunne vurdere effekten av en lokalsamfunnsintervensjon må den sees i forhold til konteksten der intervensjonen finner sted, i forhold til de teorier som er brukt og i forhold til intervensjonsstrategi⁵⁸.

10.3.1 Kontekst

Kommunene på Finnmarkskysten var spesielt godt egnet til å være studieenheter. Enkeltkommunene var relativt isolert geografisk sett. Det var 10-20 mil til nærmeste kommunesenter i nabokommunene, og det var lite spredt bebyggelse mellom disse. I det daglige hadde innbyggerne alle sine behov dekket i lokalsamfunnet. Det var derfor svært liten utveksling av tjenester eller arbeidspending mellom kommunene. Både avstand og klima satt stopper for det.

Kommunene på Finnmarkskysten har hatt og har fortsatt vanskelige sosioøkonomiske vilkår med fortsatt den høyeste arbeidsledigheten, høyeste andel barn født utenfor ekteskap og den laveste utdanning i landet⁵⁹. De har også nest høyest alkoholinntak etter Oslo⁶⁰. I tillegg har de helseproblemer som beskrevet over. Alvorlig resurssvikt i fiskeriene i Barentshavet i 1988 førte til kvotereguleringer, arbeidsledighet og mange personlige konkurser.

Allikevel var ikke lokalsamfunnene på Finnmarkskysten depriverte samfunn i tradisjonell betydning. Macintyre beskriver depriverte områder i Glasgow som områder der

infrastrukturer som butikk, transport, primærhelsetjeneste etc er fraværende, og vold og angst preger hverdagen. Nesten alle bor i leide kommunale boliger, og det finnes nesten ikke frivillige organisasjoner. Hun hevder at lokalsamfunnets beskaffenhet har sterkere innvirkning på helse enn sosial klasse⁶¹.

De fem kommunene som var med i vår undersøkelse var kjennetegnet av lokalt selvstyre, et høyt antall frivillige organisasjoner som var aktive lokalt, og et høyt antall personer som bodde i selveide eneboliger. Det var mange steder en velutbygget infrastruktur som inkluderte skoler, idrettshaller, svømmehall, veier, flyplasser, daglig anløp av hurtigruta og primærhelsetjeneste i moderne helsesentra. Alle fem kommuner hadde moderne fiskeindustri. I tillegg hadde Nordkapp kommune en stor turistindustri. Isolasjon av enkeltsamfunn på grunn av klima og geografi førte til samfunn med sterkt samhold og vilje til å stå på for stedet. Nærheten til lokale politikere og de mange frivillige organisasjoner gjør at disse samfunnene har mange karakteristika som kjennetegner lokalsamfunn med potensiale for myndiggjøring gjennom deltakelse og medbestemmelse⁶². Nærmere 90 % var for eksempel fornøyd med livet, arbeid 3.

Etter tre år med lave fiskekvoter, bedret resurskrisen seg og fisket gikk for fullt. I 1993 var arbeidsledigheten rekordlav. I Båtsfjord var den lokale fiskeindustrien spesielt velorganisert og kom fort ut av krisa.

Dette var gode lokalsamfunn i mange henseende. Det er grunn til å anta at både samfunns- og helseproblemene hadde vært av en annen dimensjon, hadde ikke infrastrukturen og samholdet vært så godt som det var.

Disse egenskapene ved lokalsamfunnene gjorde dem også velegnet for intervensjon.

10.3.2 Teori

For at en intervensjon skal lykkes, er det viktig med et tilfredstillende teoretisk fundament, i vårt tilfelle ble teoriene om "community empowerment" og "communication of innovation" lagt til grunn. Disse teoriene hadde vært utprøvd tidligere. Mens dette var grundig diskutert ved Institutt for samfunnsmedisin før oppstart av intervensjonen, var teorigrunnlaget bare i varierende grad klart for ledelsen og medarbeiderne i de to prosjektene lokalt. Det førte til prøving og feiling i et omfang som ikke burde ha vært nødvendig hvis disse hadde vært litt

bedre skolert på forhånd. Gjennom diskusjoner med evalueringsgruppa og bistand fra utenforstående fagfolk på området, ble dette etter hvert justert⁴⁹. Dette førte til at prosjektene i all hovedsak ble gjennomført også lokalt etter disse teoriene.

10.3.3 Strategi

I Båtsfjord satset man på arbeidsbokmetoden. Fordelen ved den var at deltakerne både fikk være med på å formulere problemstillinger og å planlegge tiltak. Problemene med metoden var flere. For det første ble det brukt mye tid fra idédugnadene ble arrangert til arbeidsboka var ferdig. Tiden fra september til påske er den beste tiden for frivillig arbeid i strøk med lang mørketid. Etter at sola er kommet tilbake om våren, er det vanskelig å mobilisere til innendørs aktiviteter. Arbeidsboka ble lansert i mars på grunn av forsinkelser i trykking og redigering. Både tiden på året og det faktum at utfyllingen av arbeidsbøker skulle være skriftlig i et svært så muntlig samfunn, gjorde prosessen tung⁴⁹.

Siden målet var bedre helse og trivsel i Båtsfjord, ble forslag til innsatsområdene svært mange og til dels uhåndterlig. Prosjektet hadde problemer med å ta hånd om alle forslagene som kom inn. Man innså på den annen side at det var vesentlig for å lykkes, at organisasjonene og enkeltindividene følte at de ble ivaretatt.

Forfatteren av denne graden var prosjektansvarlig i Båtsfjord og hadde i 1987 vært kommunelege / distriktslege i kommunen i 13 år. Man kan hevde at det vanskeliggjør objektiv vurdering av prosjektet. På den annen side vil god lokalkunnskap gi nyttige bidrag til forståelsen av hvorfor man lyktes på noen områder og ikke på andre.

I Nordkapp satset man bevisst på fiskere og fiskeindustriarbeidere og måtte være veldig kreativ for å få dem i tale. Det ble derfor nødvendig å bruke svært utradisjonelle metoder. Fiskere møtte ikke på møter på grunn av at de svært sjelden var på land på de aktuelle tidspunkter. Prosjektleder deltok derfor på sjøen og diskuterte med dem hjemme hos skipperen etter endt sjøvær. På fiskebrukene deltok prosjektleder med utvikling av utstyr i samarbeid med fiskeindustriarbeidere. De videre prosjektene ble basert på erfaringslæring og deltakelse. De offentlig ansatte som skulle jobbe med disse gruppene måtte være beredt til å jobbe utenom ordinær arbeidstid. Mye av prosessene gikk gjennom personlig kontakt og diskusjon om både problemstillinger og løsninger på arbeidsplassen⁴⁹.

I Nordkapp var prosjektet definert som et fiskerimedisinsk prosjekt og målgruppene fiskere og fiskeriarbeidere ble beholdt som hovedmålgrupper.

Intervensjonene i Båtsfjord og Nordkapp gjorde bruk av den lokale infrastrukturen gjennom mobilisering av politisk ledelse og frivillige organisasjoner. De fleste innbyggerne hadde god oversikt over lokale aktiviteter. De traff hverandre i mange sammenhenger; som foreldre, som arbeidstakere, som deltakere i frivillige organisasjoner og som gjester i hyggelig lag. Uformell spredning av informasjon foregikk i stor utstrekning i tillegg til spredning gjennom mer offisielle kanaler. Dette dro intervensjonene stor nytte av.

Mulighetene til å få til endring i et lokalsamfunn er skjematisk fremstilt i tabell 1. Det er enklest å få til løsninger når lokalsamfunnet selv ser at man har et problem og får være med på løse det. Det er en tenkemåte som er helt basal for myndiggjøring som modell. Selv grupper som ofte oppfattes som vanskelige å mobilisere er villige til å delta hvis problemstillingen føles relevant for dem. Prosjektledelsen i Nordkapp fikk erfare nettopp dette ved å gå i direkte diskusjon med arbeidere og fiskere om helseproblemer på deres arbeidsplass heller enn å diskutere livsstilsendringer.

Ledelsen i begge prosjekter lærte at det var lett å mobilisere til innsats i forhold til problemområder som lokalsamfunnet og den enkelte følte på kroppen. Ledelsen lærte også at det fantes mye kunnskap og innsatsvilje når man spurte de frivillige organisasjonene, tamilske innvandrere, fiskere og fiskeindustriarbeidere om deres mening og forslag til løsning av et problem.

10.4 Diskusjon av resultater

10.4.1 Hierarki av endepunkter

To kjente evalueringsforskere påpeker viktigheten av å måle riktige parametere for å si noe om effekten av en intervensjon²⁶.

I tillegg påpeker The International Union for Health Promotion i en rapport om evaluering av helsefremmende intervensjonsprosjekter at det finnes et hierarki på fire nivå av endepunkter i slike evalueringer.

Første nivå er endepunkter som knyttes til selve intervensjonen, hva gjorde man mht bruk av

massemedia, skoleprogrammer etc. I vår studie er dette for en stor del gjort i beskrivelsen av intervensjonene^{41;42;40}.

Andre nivå er endepunkter knyttet til prosessen - som kjennskap til prosjektene, kunnskap, holdninger etc. Dette er i vår studie gjort av Henriksen et al. gjennom en prosessevaluering i 1990. Prosessevalueringen viste at 77 % av mennene og 82 % av kvinnene i Båtsfjord kjente til prosjektet. Av de som kjente til prosjektet, rapporterte henholdsvis 43% og 42 % endring i helsevaner. Den viste også at 27 % av mennene og 20 % av kvinnene i Nordkapp kjente til prosjektet. Av de som kjente til prosjektet rapporterte 41% av mennene og 37 % av kvinnene om endringer i helsevaner. Blant kvinner rapporterte de med lavest utdanning i størst grad om endring i begge prosjekter³⁸. Det ble også gjort en kvalitativ studie av hvordan det var å bli definert som høyrisik individ etter Finnmark IV (1990) i Båtsfjord samtidig som "Helse og trivsel" prosjektet pågikk for fullt⁶³.

Tredje nivå er endring av risiko. Dette gradsarbeidet handler utelukkende om slike endringer. Vi valgte å se på endringer i risikofaktorer for hjerte-kar sykdom, ikke på sykdom eller død, da det ville krevd intervensjoner av mye lengre varighet og større omfang.

Fjerde nivå er sykelighet og dødelighet som ikke har vært i fokus i vår studie, men som kan gjenfinnes i offisiell statistikk.

Effekt på de forskjellige nivåene vil skje til forskjellig tidspunkt avhengig av det problem det intervereres på og avhengig av den gruppen man ønsker å nå . Sammenhengen mellom sykdom og død og helsefremmende intervensjoner er svært kompleks og ofte vanskelig å spore⁶⁴.

10.4.2 Samlet vurdering av endringene i Båtsfjord og Nordkapp

I de publiserte arbeidene har Nordkapp og Båtsfjord vært analysert separat i forhold til kontrollkommunene. Tabell 6 sammenstiller resultatene fra noen utvalgte endringer i livsstil og biologiske parametere. Jeg vil kort kommentere resultatene samlet, uten å gjøre formelle sammenlikninger mellom de to intervensjonskommunene. Når det gjelder menn, røyker ca 50 % ved intervensjonens start. Alle redusere noe i intervensjonsperioden, men forskjellene mellom intervensjonskommunene og kontrollkommunene er ikke signifikant. Kokekaffeforbruket reduseres kraftig og signifikant mer enn i kontrollkommunene.

Forskjellene er større i Finnmark IV (1990) (ikke vist i dette gradsarbeidet)⁶⁵. Når det gjelder biologiske parametere endrer blodtrykket seg mer positivt i Båtsfjord,, mens kolesterol og KMI endringene i Nordkapp er mer positive i forhold til kontrollkommunene.

Det har ikke vært mulig å påvise hvilken enkeltfaktor som kan forklare endringene verken i blodtrykk i Båtsfjord eller endringene i kolesterol og KMI i Nordkapp. I denne typen intervensjon der mange faktorer som ikke er målt, spiller sammen med målte faktorer, vil det ofte være vanskelig.

Tabell 6. Intervensjonsstudien i Finnmark: Sammenstilling av endringene Båtsfjord, Nordkapp og kontrollkommunene i kohorten som deltok i studien i 1987 og 1993						
Menn						
	Baseline 1987			Endringer 1987-1993		
	Båtsfjord	Nordkapp	Kontroll	Δ Båtsfjord	Δ Nordkapp	ΔKontroll
	n=186	n=362	n=482			
Daglig røyking %	52,2	50,8	50,6	-7,5	-0,8	-2,7
Kokekaffe %	81,7	84,0	83,6	-20,4	-21,3	-13,7
Diast. BT mmHg	83,3	82,3	85,1	-2,1	1,6	0,8
Systolisk BT mmHg	136,6	137,5	141,4	-0,01	3,2	2,2
Kolesterol mmol/l	6,3	6,7	6,7	-0,04	-0,3	-0,2
KMI kg/m ²	26,6	26,9	26,0	1,5	-0,2	1,1
Kvinner						
	Baseline 1987			Endringer 1987-93		
	Båtsfjord	Nordkapp	Kontroll	Δ Båtsfjord	Δ Nordkapp	ΔKontroll
	n=178	n= 363	n=478			
Daglig røyking %	46,6	53,4	45,5	0,6	-5,9	1,3
Kokekaffe%	82,6	81,3	83,4	-17,4	-21,0	-14,0
Diast. BT mmHg	80,5	79,2	81,2	-2,1	1,6	1,8
Systolisk BT, mmHg	132,8	131,8	133,9	2,1	5,7	4,6
Kolesterol, mmol/l	6,4	6,7	6,8	-0,1	-0,2	-0,1
KMI, kg/m ²	25,5	25,6	26,2	1,9	0,4	1,4

10.4.3 Resultatene sett i lys av tidsperspektiv og analysemetode

Kohortestudien som er omtalt i arbeid 1-3 var planlagt for å vise effekten av intervensjonene, mens tverrsnittsundersøkelsen var planlagt for å se på intervensjonen i et lengre perspektiv.

Kohortestudien viser endringer hos samme individ gjennom intervensjonsperioden, mens tverrsnittstudien i tillegg til å se på langtidsperspektivet, også sier noe om endringer innen samme aldersgruppe over tid.

Tverrsnittstudien i arbeid 4 viser at intervensjonene startet på et tidspunkt med sterkt fallende trender for hjerte-kar risikofaktorer. De største endringen hadde funnet sted før intervensjonen startet. På tross av dette klarte man i kohortestudien å skape positive endringer i intervensjonskommunene som skilte seg signifikant fra endringer i kontrollkommunene.

Tverrsnittstudien viser også at endringene i Westlunds risk skåre har vært fallende gjennom hele perioden som en overordnet trend. Fra 1993 til 1996 økte Westlunds risk skåre igjen blant menn i Båtsfjord til samme nivå som i kontrollkommunene, mens nivået i Nordkapp fortsatte å falle selv om forskjellene til kontrollkommunene ikke var signifikante. Endringene etter 1993 tyder på en viss effekt (ikke signifikant) av fortsatt innsats i Nordkapp, mens det meste av folkehelsearbeidet kom til en brå slutt i Båtsfjord i 1994.

Når det gjaldt kvinner var det i 1996 ingen forskjell mellom intervensjon og kontrollkommuner, men her var det kontrollkommunene som var kommet ned til det nivået som intervensjonskommunene hadde nådd tidligere. Dette kan tyde på spredningseffekt fra intervensjonskommunene sammen med effekt av den sekulære trend.

Sammenlikner vi endringene i kohortestudien med endringene i tverrsnittstudien i perioden 1987-1993, ser vi for at blodtrykksendringen i Båtsfjord er signifikant forskjellige fra kontrollkommunene i begge studie design.

Den absolutte endring er imidlertid betydelig større når vi ser på tverrsnittsresultatene. For det første kan det delvis forklares av at befolkningen i kohortetilnærmingen er blitt seks år eldre. For det andre kan det skyldes at tverrsnittsutvalgene som representerer forskjellige fødselskohorter var forskjellige i utgangspunktet. Det kan også skyldes effekt av

intervensjonen, selv om man ikke vet om alle de analyserte faktisk oppholdt seg i kommunen mens intervensjonen pågikk. Av de som møtte i aldergruppa 40-42 i 1987/88, møtte 20 % i 1974, 74% i 1993 og 66% i 1996.

Vi finner også en annen forskjell i resultatene mellom tverrsnittsundersøkelsen og kohorteundersøkelsen. Mens vi finner signifikante forskjeller mellom intervensjon og kontrollkommuner både når det gjelder livsstil og biologiske risikofaktorer i kohorteundersøkelsen, finner vi bare forskjeller i blodtrykk mellom Båtsfjord og kontrollkommunene når det gjelder tverrsnittsundersøkelsen.

Dette har sammenheng med at antallet er mye lavere i de enkelte gruppene i tverrsnittsundersøkelsen og at styrken dermed blir lav.

10.5 Konklusjoner - betydningen for fremtiden

Hovedmålsettingen om å bedre helse og redusere risiko for hjerte- og karsykdom i intervensjonskommunene gjennom intervensjonsprosjekter er oppnådd gjennom endringer i både livsstil og biologiske risikofaktorer i de to intervensjons kommunene i intervensjonsperioden. De viktigste endringene er reduksjon av blodtrykket i Båtsfjord og kolesterol og KMI i Nordkapp, sammenliknet med kontrollkommunene.

Det kan imidlertid synes vanskelig å opprettholde forskjeller i risikofaktorer mellom intervensjonskommuner og kontrollkommuner over tid. Forskjellene mellom kontroll og intervensjonskommuner var ikke signifikant i 1996 i de analyserte tverrsnittsutvalgene. Det skyldes sannsynligvis både smitteeffekt og sterke nasjonale trender. Manglende forskjeller skyldes i hovedsak at kontrollkommunene kom ned på intervensjonskommunenes nivå, noe man må si er gunstig.

I målsettingen for prosjektet skulle intervensjonsprosjektene være basert på medbestemmelse, deltakelse og mestring. De endringene som ble observert i intervensjonsperioden var mulig i et lavkostnadsprosjekt og med bred involvering av frivillige organisasjoner, næringsliv og offentlige etater. Studien viste at det var mulig å bruke interessert helsepersonell og andre lokale medspillere i offentlig og frivillig sektor.

Det var også en målsetting at endringen skulle skje i grupper med størst helseproblemer.

Prosessevalueringen kan tyde på at man har lykket med det i alle fall for kvinners del.

De viktigste erfaringene relatert til prosessen som er overførbare til andre lokalsamfunn fra disse prosjektene er:

- Organisasjoner og enkeltindivider er villige til å gjøre en innsats for problemer de selv føler på kroppen. Det finnes mye kompetanse som tas fram i dialogen om problemdefinisjon og forslag til løsninger.
- Intervensjonsstrategiene må tilpasses lokalsamfunn med sterk muntlig tradisjon og mye praktisk kompetanse. Erfaringslæring og personlig kontakt fungerer godt i en slik setting.
- Intervensjoner i avgrensede subpopulasjoner er enklere å håndtere enn svært brede prosjekter som sprer seg utover mange grupper og arenaer.

Aarø skriver om helsefremmende forskning at mange mindre studier gjøres opp med magre resultater. Han mener at selv om effekten i endret helseadferd synes liten etter en mindre intervensjon, vil summen av flere intervensjoner gradvis endre sosiale normer og opinionsklima i samfunnet⁶⁶. Det er å anta at Intervensjonsstudien i Finnmark sammen med Finnmarksundersøkelsene har påvirket både den offentlige debatt i fylket og sannsynligvis medvirket til at forskjellene i Westlunds risk skåre mellom Finnmark og Sogn og Fjordane (fylket med lavest problemer), minsker.

For fremtiden er det viktig at intervensjonsmetoder er kunnskapsbasert. Det bør satses på godt utprøvde prosjekter. Vi trenger forskning på avgrensede intervensjoner i undergrupper av et lokalsamfunn som for eksempel skoler og arbeidsplasser. Vi trenger også ytterligere forskning på metoder som når ut til grupper med spesielle behov der man må ha kulturelt tilpassede strategier.

11 REFERANSER

1. Forsdahl A. Momenter til belysning av den høye dødelighet i Finnmark fylke [Points which enlighten the high mortality rate in the county of Finnmark.]. Tidsskr Nor Lægeforen 1973;93(10):661-7.
2. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;(1):1077-81.
3. Forsdahl A. Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? *Br J Prev Soc Med* 1977;31(2):91-5.
4. Forsdahl A, Svendahl A, Syse A, and Thelle DS. Helse og Ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark. Tromsø: Universitetet i Tromsø. 1989. Institutt for samfunnsmedisin rapportserie;12.
5. Grinde J. Ondt ofte lider den fiskermand? Helse og arbeidsmiljø i fiskeryrket. Oslo, Universitetsforlaget, 1987.
6. Fugelli P, Tandberg A, Trygg K, Lund-Larsen K, and Østgård L. Kosthold og forbruk av nytelsesmidler blant 128 Nordkapp-fiskere [Nutrition and use of stimulants among 128 North Cape fishermen]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987;107(22),1741-5.
7. Forsdahl A, Salmi H. Bugøynes-undersøkelsene. Finskættede i Sør-Varanger kommune-IV. En etterundersøkelse på grunnlag av hjerte- og karundersøkelsene i Finnmark fylke 1987 [The Bugoynes study. Population of Finnish ethnic background in Sor-Varanger. IV. A follow-up based on the cardiovascular study done in the county of Finnmark in 1987]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990;110(18):2341-4.
8. Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T, Lund-Larsen PG. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Background and organization. *Acta Med Scand Suppl* 1979;6341-70.
9. Strom A, Jensen RA. Mortality from circulatory diseases in Norway 1940-45. *Lancet* 1951;(1):126-9.
10. Westlund K, Nicolaisen R. Ten-year mortality and morbidity related to serum cholesterol. A follow up of 3571 men age 40-49. *Scand J Clin Lab Invest Suppl* 1972;(127):1-24.
11. Hjermmann I, Velve BK, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981;2(8259):1303-10.
12. Kvamme, JI, Haider, T., Øygard, K, and Høy, C. Hjerte- kar undersøkelsen i Finnmark: Et eksempel på forebyggende helsearbeid. Beskrivelse og delundersøkelse av etterundersøkelsen. Vadsø: Fylkeslegen i Finnmark; 1978. Rapport.
13. Tandberg A. Mindre fett- bedre helse. 2001. Personlig meddelelse.
14. Norges fiskarlag. Skikkelig mat til sjøs - det er sikkert. Brosjyre 1986.
15. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia project. 20 year. Results and experience. Helsinki: The National Public Health Institute, 1995.

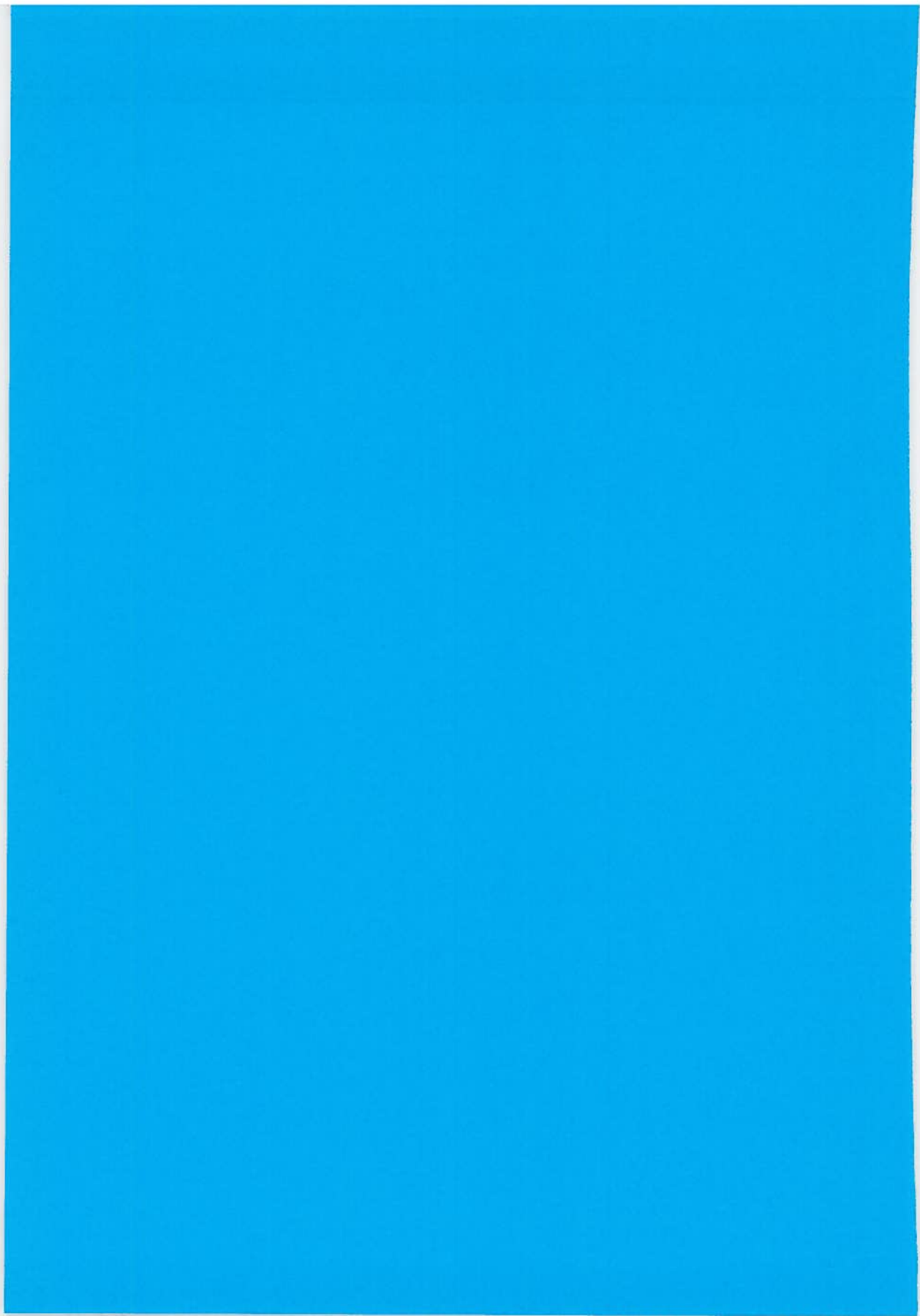
16. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annu Rev Public Health* 1985;6:147-93.
17. Farquhar JW, Fortmann SP, Maccoby N et al. The Stanford Five-City Project: design and methods. *Am J Epidemiol* 1985;(122):323-34.
18. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR J et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994;84(9):1383-93.
19. Lefebvre RC, Lasater TM, Carleton RA, Peterson G. Theory and delivery of health programming in the community: the Pawtucket Heart Health Program. *Prev Med* 1987;16(1):80-95.
20. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. Folkhalsoarbetet behøver nya utvärderingsmodeller. Primarvårdsstödda program når djupare an storskaliga kampanjer. [Public health work needs new evaluation models. Primary care projects are more effective than large scale campaigns]. *Lakartidningen* 1998;95(36):3812-16.
21. Fosse E. Medikalisering av samfunnsproblemer og politisering av helseproblemer. Evaluering av den helsefremmende delen av Helse og Ulikhetsprogrammet i Finnmark. Bergen: Hemil-senteret, Univesitetet i Bergen;1998. Hemil-rapport;2.
22. Eriksson C. Learning and knowledge-production for public health: a review of approaches to evidence-based public health. *Scand J Public Health* 2000;28:298-308.
23. WHO. Ottawa charter for health promotion an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, 1986 November 17-21; Ottawa. Ottawa Health and Welfare Canada, 1986.
24. Søgaaard AJ, Fylkesnes K. Helseopplysning - indoktrinering eller bevisstgjøring? [Health education - indoctrination or empowerment ?] ;1983. Rapport 1.
25. Green L, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning .A diagnostic approach. Pao Alto: Mayfield publishing Company, 1980.
26. Green L, Lewis FM. Analysis and interpretation. In: Green L, Lewis FM, editors. Measurement and evaluation in Health Education and Health Promotion. 1986:252-6.
27. Sogaard AJ, Thelle DS. Nærmiljøbasert forebyggende helsearbeid [Community based health promotion]. *Utposten* 1986;17(3):110-7.
28. Oraug, J. Medvirkning i offentlig planlegging, 10 års erfaring med arbeidsbok metoden Oslo: Norsk Institutt for By og Regionforskning, NIBR, 1988.
29. WHO. Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991; Sundsvall.
30. WHO. Healthy Public Policy, the Adelaide Recommendations. 1988.
31. WHO. The Jakarta Declaration: On leading health promotion into the 21st century. 1997.
32. Tones K, Tilford S. Health Education. London: Chapman and Hall, 1994:235-82.
33. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot* 1992;6:197-205.
34. Norges offentlige utredninger. NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av

- folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo,
35. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 3rd Edition ed. New York: The Free Press, 1983.
 36. Westlund K, Sogaard AJ. Helse , livsstil og levekår i Finnmark.Tromsø: Universitetet i Tromsø; 1993.Institutt for samfunnsmedisin rapportserie; 28.
 37. Bjartveit, K. and Westlund K. Håndbok for hjerte-karundersøkelsen .Oslo: Statens helseundersøkelse, SHUS,1981.
 38. Henriksen N, Sogaard AJ, Fylkesnes K. The Finnmark Intervention Study. Design, methods and effect of a 2 year community-based intervention. Eur J Public Health 1995;5(4):269-76.
 39. Lupton B. Prosjekt Helse og trivsel. Beskrivelse av en metode for forebyggende arbeid. Vadsø: Fylkeslegen i Finnmark; 1993. Fylkeslegens skriftserie 93/1, 88-92.
 40. Lupton B. Helse og trivsel i Båtsfjord. Et nærmiljøbasert forebyggende prosjekt i en fiskerikommune. Vadsø: Fylkeslegen i Finnmark.; 1995 Fylkeslegens skriftserie 95/1.
 41. Langfeldt E. Vernetjenesten i Fiskeri-Finnmark. Vadsø: Fylkeslegen i Finnmark.; 1991 Fylkeslegens skriftserie 91/3 .
 42. Langfeldt E, Grotta J. Fiskerne i Finnmark - en arbeidsmedisinsk tilnærming brukt som et samfunnsmedisinsk verktøy. Et prosjekt innen Helse og ulikhetsprogrammet i Finnmark.[Fishermen in Finnmark-the use of occupational medicine in the context of public health. A project within the Health and Unequality Program in Finnmark] Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(17):2100-3.
 43. Langfeldt E. Røykfrie arbeidsplasser i Nordkapp kommune. Et arbeid innen Helse og ulikhet-programmet i Finnmark.[Smoking-free workplaces in the municipality of North Cape. A project within the Health and Unequality program in Finnmark] Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115(17):2104-5.
 44. Rothman K, Greenland S. Type of epidemiological studies. Modern Epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers,1998:67-78.
 45. Aktuelle befolkningstall. Oslo: Statistisk sentralbyrå, SSB; 2003. Electronic Citation.
 46. Forsdahl A. Living conditions in childhood and subsequent development of risk factors for arteriosclerotic heart disease. The cardiovascular survey in Finnmark 1974-75. J Epidemiol Community Health 1978;32(1):34-37.
 47. Bichel P, Doksum K. Mathematical statistics: Basic Ideas and selected topics. San Fransisko: Holden-Day Inc, 1977.
 48. Sudmann S, Bradburn NM. Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire Design. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
 49. Henriksen N. Fra enetale på helsesenteret til samtale i sjarken [avhandling dr. philos]. Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø, 1998.
 50. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. Am J Public Health 1994;84:1086-93.
 51. Aires N, Selmer R, Thelle DS. The validity of self reported leisuretime physical activity, and its relation to serum cholesterol, blood pressure and body mass index. A population based study of 332,182 men and women aged 40-42 years. Eur J Epidemiol 2003;18 (In

press).

52. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
53. Jacobsen BK, Hasvold T, Hoyer G, Hansen V. *J Psychol Med* 1995;25(5):957-61.
54. Lund-Larsen PG. Blodtrykk målt med kvikksøvmåner og med Dinamap under feltforhold-en sammenlikning [Bloodpressure measured with sphygmomanometer and with Dinamap under field conditions-a comparison]. *Nor J Epidemiol* 1997;7(2):235-41.
55. Weinehall L, Hallgren CG, Westman G, Janlert U, Wall S. Reduction of selection bias in primary prevention of cardiovascular disease through involvement of primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1998;16(3):171-76.
56. Sogaard AJ. The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *Int J Equity Health* .2003. Innsendt
57. Selmer R, Sogaard AJ, Bjertness E, Thelle DS. The Oslo Health Study: Reminding the non-responders - effects on prevalence estimates. *Nor J Epidemiol* 2003;13(1):89-94.
58. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J of Epidemiol Community Health* 2002;56(2):119-27.
59. Statistisk sentralbyrå, SSB. Hjuldata. 2003. Electronic Citation
60. Norsk helseindikator system; Norgeshelse. Oslo; Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2003.
61. Macintyre S, Ellaway A. Social and local variations in the use of urban neighbourhoods: a case study in Glasgow. *Health Place*. 1998;4(1):91-4.
62. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Educ Q* 1994;21(2):141-8.
63. Anderssen J. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn. Tromsø; 1998. Institutt for samfunnsmedisin rapportserie;46.
64. Nutbeam D. In: International Union for Health Promotion and Education, editor. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. Brussels: European Commission, 1999:1-12.
65. Lupton B, Fonnebo V, and Sogaard AJ. Effects on Community based Intervention on Coffe Consumption-The Finnmark Intervention Study. Conference on the Status of Nordic Health Promotion, Bergen, Norway August 22nd -24th 1996.
66. Aaro LE. Research on health promotion and lifestyles. *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja* 1988;19-32.

Arbeid 1



The Finnmark Intervention Study

Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway

Beate Søholt Lupton¹, Vinjar Fønnebo¹, Anne Johanne Sjøgaard² and Erik Langfeldt³

¹Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Tromsø, Norway, ²National Institute of Public Health, Oslo, Norway, ³Primary Health Care Services of the Municipality of North Cape, Honningsvåg, Norway.

Scand J Prim Health Care 2002;20:213–218. ISSN 0281-3432

Objective – To evaluate the lifestyle and cardiovascular risk factor changes after 6 years of intervention in the North Cape community.

Design – Longitudinal cohort study with a quasi-experimental design with one intervention and three control communities selected from the same coastal area with a baseline screening (1987), 6-year intervention, and re-screening (1993).

Setting – Fishing communities on the coast of Finnmark in the Norwegian Arctic area.

Participants – 1685 (70%) of the invited in both screenings, aged between 20 and 62 years in 1987.

Intervention – Community-intervention based on empowerment and cooperation between voluntary organisations and local health services.

Main outcome measures – Change in cardiovascular risk factors.

Results – Compared to the control communities, the main findings in North Cape were among men: 21.3% less drinking boiled coffee

($p < 0.05$), 10.5% more drinking low fat milk ($p < 0.01$), 0.3 mmol/l reduction in cholesterol ($p < 0.01$) and 0.2 kg/m² reduction in BMI ($p < 0.001$). Among women, there were 5.9% fewer smokers ($p < 0.01$), 21% less drinking boiled coffee ($p < 0.05$), 1 kg/m² less increase in BMI ($p < 0.001$) and 0.5 less increase in MI risk score ($p < 0.05$).

Conclusions – Small close-knit communities are suitable for community-based interventions where it is easier to obtain close interaction between health service, voluntary organisations and the public at large.

Key words: community, intervention studies, rural health, lifestyle, smoking, physical activity, diet, coffee, cholesterol, body mass index, fisheries.

Beate Søholt Lupton, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, NO-9037 Tromsø, Norway. E-mail: beate.lupton@ism.uit.no

During the 1970s, the county of Finnmark in the Norwegian Arctic experienced health problems related to harsh working conditions in the fisheries and high mortality. Cardiovascular diseases were responsible for 44% of the excess mortality, accidents 12% (1). The work-related mortality for fishermen was 10 times higher than among industrial workers (2). Population surveys had demonstrated high levels of cardiovascular risk factors and revealed that boiled coffee was a contributor to high levels of cholesterol in North Norway (3–5). In 1983, 70% of North Cape fishermen were daily smokers and had an on-board coffee consumption of 1.7 l per day (6). In 1988, the Norwegian government therefore introduced the programme "Health and Inequality in Finnmark". Nested in this general programme, a scientific intervention study was set up. The aim of the present study was to evaluate the lifestyle and cardiovascular risk factor changes after 6 years of intervention in the North Cape community.

MATERIAL AND METHODS

Population and design

The coastal intervention community North Cape

(4000 inhabitants) was chosen based on a local initiative, not random sampling. The three matched coastal control communities of Loppa, Gamvik and Måsøy (5000 inhabitants) were selected on the basis of similar age distribution, ethnic background and reliance on fisheries.

Intervention

The 10-year intervention project "North Cape Occupational Health Services" started in 1988 and was evaluated after 6 years. Fishermen and workers in the fishing industry were the main intervention group, and the aims were:

- To reduce accidents and improve working conditions on fishing boats and in the fishing industry.
- To reduce the MI risk score by 25%.

Safety-at-work programs and occupational health services were established in cooperation with trade unions. These services were integrated into the public health division of the primary care services. Intervention was based on the principle of learning by doing rather than traditional health promotion. Local empowerment, which emphasises the possibility of the individual and the community to take responsibility,

partake in decision-making, make priorities and achieve power over own destiny, was the theoretical base (7).

During the first 2 years of the intervention period, there was a major crisis in the fish resources that was severely affecting the communities. The focus was therefore on improving working conditions rather than on changing individual lifestyle. Individual counselling was more strongly emphasised after 1990. Advice was given about diet, smoking and physical activity as part of ordinary consultations with GPs, public health nurses and occupational health services. Persons identified with high MI risk at the 1987 screening were given individual counselling.

Material

Baseline and follow-up information on lifestyle and risk factors was extracted from the Finnmark study surveys in 1987 and in 1993. In 1987, all residents aged 40–62 years, and a 15% random sample of 20–39 year olds, were invited. In 1993, the 2402 still alive and living in their original communities were re-invited. Of those eligible, 1685 (70%) had participated in both surveys and constitute the present study population (Table I). There were fewer men with a Sami background in North Cape compared to the control communities, and the women in North Cape were older (Table II). The tabulated number of participants differs throughout the results owing to varying responses to items in the questionnaires.

The 1987 survey consisted of a physical examination and three questionnaires. We used information from the first two. The 1993 survey consisted of a repeat physical examination and two questionnaires, corresponding to the information collected in 1987. Detailed descriptions of the 1987 survey have been presented previously (8). The first questionnaire was included in the invitation letter and returned at the examination, whereas the second questionnaire was handed out after the examination and returned by mail. The questions covered socio-demographic factors, self-reported complaints, lifestyle, well being, contact with the health service, use of medication and social network. Trained personnel measured blood pressure (BP), weight, height and took non-fasting blood samples on both occasions in accordance with a set protocol (8). BP was measured three times using DINAMAP, and the mean of the latter two measurements was used for analysis. Blood lipids were analysed at the same laboratory, the same standardised techniques being used at both surveys. Height and weight were measured to the nearest centimetre and half-kilogram.

The Regional Committee for Medical Research Ethics, region North, has approved the study.

Outcome measures

The individual changes in lifestyle and biological risk factors were the outcome measurements. For all variables we report both baseline level in 1987 and change between 1987 and 1993.

Table I. The Finnmark intervention study. The number invited to the survey in both 1987 and 1993, and the number (%) attending both times.

	Men			Women			Total		
	Invited n	Attended n	Attended %	Invited n	Attended n	Attended %	Invited n	Attended n	Attended %
North Cape	577	362	63	463	363	78	1040	725	70
Control	728	482	66	634	478	75	1362	960	70
Total	1305	844	65	1097	841	77	2402	1685	70

Table II. The Finnmark intervention study. Demography at baseline 1987.

	Men			Women						
	North Cape	Control	Comparison NC/ control	North Cape	Control	Comparison NC/ control				
	n	n	p	n	n	p				
Age (mean)	362	49.5	482	48.6	NS	363	49.4	477	47.9	<0.05
Sami origin (%)	362	5.0	482	11.2	0.001	363	10.2	477	11.9	NS
Education years (mean)	286	8.5	292	8.5	NS	286	8.6	283	8.4	NS

At baseline, the dichotomous variables can either be 1 (partakes in a certain activity) or 0 (does not partake in a certain activity). Change from baseline to follow-up will have three possible values, +1 = started, -1 = stopped, or 0 = unchanged.

A person was regarded as physically active if he/she had a minimum 4 h of weekly moderate physical activity during the last year. Persons drinking no milk were included in the category semi-skimmed/skimmed milk.

In the continuous variables we report baseline value and change in systolic and diastolic BP, cholesterol, BMI and MI risk score. MI risk score is calculated on the basis of gender, BP, cholesterol level and smoking habits. (8) MI risk score was not normally distributed and was therefore logarithmically transformed before analyses. A positive value of the change indicates an increase during the period.

Statistical power

The main Finnmark study set the sample size. Therefore we have calculated the differences in change using conventional power requirements. The calculation was done for each gender separately. With a power of 0.8 and significance level of 0.05 and the existing sample size, the differences in detectable changes were: for BMI 0.8 kg/m², for diastolic BP 2.3 mmHg, for cholesterol 0.25 mmol/l, for physical activity 8% points, and for smoking 10% points.

Statistical analysis

All analyses were done as cohort analyses. Comparisons were made between the mean individual change in the intervention community and the mean individual change in the control communities put together, separate for each gender.

Analysis of variance was employed to allow for adjustments. The SPSS statistical program version 10.1 was used.

RESULTS

At baseline, the proportion of physically active males was lower in North Cape, the proportion of women daily smokers was higher, and both genders had lower systolic and diastolic BP compared to the control communities ($p < 0.05$). Otherwise there were no significant baseline differences between North Cape and the control communities.

From 1987 to 1993, the reduction in the proportion of men drinking boiled coffee in North Cape was 21.3%, while the increase in the proportion of men drinking filter coffee was 23.2%. The proportion of men drinking skimmed/semi-skimmed milk increased by 10% in North Cape. These changes differed favourably from the control communities ($p < 0.05$).

The percentage point reduction in the proportion of women smoking in North Cape was 5.9%. The corresponding reduction in the proportion of women drinking boiled coffee was 21%, differing significantly from the change in the control communities.

The other lifestyle changes were more favourable in North Cape than in the control communities, but the differences were non-significant (Table III).

Both the systolic and diastolic BP in North Cape and the control communities increased between 1987 and 1993, but the difference in increase was non-significant.

In North Cape men, the reduction in BMI was 0.2 kg/m², in cholesterol 0.3 mmol/l and in MI risk score 3.4. When adjusted for age and baseline values these reductions were significantly greater than in the control communities (Table IV).

In the North Cape women, the increase in MI risk score was 0.1; the increase in BMI was 0.4. When adjusted for age and baseline, these increases were significantly less than the increases in the control communities (Table IV).

Cross-sectional independent analyses of MI risk score in 1987 and 1993 of the age group 40–44 years within the North Cape cohort showed a reduction of 22% for men and 18% for women.

DISCUSSION

Compared to the control communities, the main findings in North Cape were an increased proportion of men drinking filtered coffee and low fat milk, reduction in male cholesterol level and BMI, fewer women smokers, lower increase in female MI risk score and BMI, and fewer persons drinking boiled coffee.

The present quasi-experimental study with only one intervention community is prone to some potential sources of bias: lack of randomisation of communities, baseline differences and secular trends (9,10).

The intervention community was selected owing to interested local health personnel, which is an important factor in facilitating any intervention study. The randomised controlled trial, ideal in the laboratory settings, is difficult to transfer to community trials.

At baseline, only the proportion of physically active males, and the proportion of smoking females differed significantly. As long as a lifestyle is common, social pressure will not restrict change in either direction and was therefore not adjusted for. Baseline differences in the biological risk factors, however, could influence the potential for change and are adjusted for.

Secular trends, countywide intervention programmes, and crossover between intervention and control communities could dilute effect differences.

Table III. The Finnmark intervention study. Baseline values and changes in cardiovascular related lifestyle in the cohort participating in the studies in 1987 and 1993.

	Baseline 1987 ¹		Change 87-93		Comparison of change	
	North Cape, n = 362 %	Control, n = 482 %	Δ North Cape % points	Δ Control % points	Δ NC/Δ C p	Δ NC/Δ C p age adjusted
<i>Men</i>						
Daily smoking	50.8	50.6	-0.8	-2.7	NS	NS
Boiled coffee	84.0	83.6	-21.3	-13.7	<0.05	<0.05
Filter coffee	20.2	18.5	23.2	14.3	<0.01	<0.01
Users of skimmed/semi-skimmed milk ²	77.0	78.9	10.5	1.1	<0.01	<0.01
Users of unsaturated cooking fats	50.1	54.0	12.1	8.0	NS	NS
Users of unsaturated spreading fats	83.1	83.4	6.9	6.0	NS	NS
Physically active lifestyle	74.9	80.9	6.6	0.6	0.065	0.077
<i>Women</i>						
Daily smoking	53.4	45.5	-5.9	1.3	<0.01	<0.01
Boiled coffee	81.3	83.4	-21.0	-14.0	<0.05	<0.05
Filter coffee	22.3	17.2	16.8	13.0	NS	NS
Users of skimmed/semi-skimmed milk ²	81.3	85.6	4.7	3.3	NS	NS
Users of unsaturated cooking fats	51.5	54.1	13.5	11.9	NS	NS
Users of unsaturated spreading fats	80.7	84.7	7.4	2.9	0.087	0.072
Physically active lifestyle	76.5	81.1	6.1	2.1	NS	NS

¹The differences between North Cape and the control communities were not significant except for smoking among women and physical activity among men (p > 0.05).

²Users of skimmed/semi-skimmed milk: men, North Cape n = 296, control n = 308, women: North Cape n = 269, control n = 299.

Table IV. The Finnmark intervention study. Mean baseline level and mean average individual changes in blood pressure, cholesterol, BMI and MI risk score in the cohort participating in the study in 1987 and 1993.

	Baseline 1987 ¹		Change 1987-1993		Comparison of change 1987/93		
	North Cape n = 362	Control n = 482	Δ North Cape	Δ Control	Δ NC/Δ C p	Δ NC/Δ C p age adjusted	Δ NC/Δ C p age/baseline adjusted
<i>Men</i>							
Diastolic blood pressure (mmHg)	82.3	85.1	1.6	0.8	NS	NS	NS
Systolic blood pressure (mmHg)	137.5	141.4	3.2	2.2	NS	NS	NS
Cholesterol (mmol/l)	6.7	6.7	-0.3	-0.2	NS	<0.05	<0.01
BMI (kg/m ²)	26.9	26.0	-0.2	1.1	<0.001	<0.001	<0.001
MI risk score ²	34.2	36.4	-3.4	-1.4	NS	NS	0.055
<i>Women</i>							
Diastolic blood pressure (mmHg)	79.2	81.2	1.6	1.8	NS	NS	<0.05
Systolic blood pressure (mmHg)	131.8	133.9	5.7	4.6	NS	NS	NS
Cholesterol (mmol/l)	6.7	6.8	-0.2	-0.1	NS	NS	<0.05
BMI (kg/m ²)	25.6	26.2	0.4	1.4	<0.001	<0.001	<0.001
MI risk score ²	5.8	6.1	0.1	0.6	NS	NS	<0.05

¹The difference between North Cape and the control communities were not significant except for systolic and diastolic blood pressure.

²Variance analyses has been done on the logarithmic transformation of MI score. The original variable did not have a normal distribution. Mean MI score is therefore the geometric mean, not the arithmetic mean.

Previous community intervention studies in densely populated areas have underestimated secular trends and crossover of information (10,11). Crossover of information was also a serious problem in one high-

cost primary prevention study using individual controls (12). Community intervention in rural areas reduces the influence of crossover, owing to geographical obstacles and reduced influence of media (13).

The attendance rate was 70% in both intervention and control communities, minimising selection bias. Attendees at both surveys smoked less and were older than the excluded individuals who attended only once. Since those participants who met once were few, the effect on the result is probably minimal.

There were fewer Samis among North Cape men, but excluding Samis from the analyses only changed the results marginally. Attendees in North Cape were older than the controls and age adjustment was therefore performed.

In all communities, both in 1987 and 1993, the same questions were used. Since change in lifestyles related to cardiovascular risks were the main endpoint, the problem of cross-sectional underestimation/ overestimation in lifestyle reporting will be small.

Previous American trials concluded that it is easier to change the individual risk profiles of participants than to involve a large enough proportion to change the risk profile of the entire community (11,14,15). The well coordinated, comprehensive approach in North Cape was directed at families, kindergartens, schools and working places, thus establishing an interface with a large proportion of the population. Stable, well-integrated personnel ensured open communication.

Health promotion and empowerment in a working-class community raised methodological questions. The possibilities for change increase if both the needs for change and the solutions originate from within the group itself (16). Health problems conceived by professionals were only partly conceived as a problem by the fishery workers. To overcome these problems, the project leader worked alongside the workers, videotaped them and discussed the results, thus engaging the fishery workers in both defining problems and suggesting change. Individual strategies were also based on mutual respect, and recognition of the individual's right to define its own problems.

North Cape had aimed at reducing its MI risk score by 25% over a 10-year project period. Since MI risk score increases with age, the achieved longitudinal result in 1993 was far less. When similar age groups from 1987 and 1993 were analysed as cross-sectional independent samples, the results were more encouraging. The stated aim will probably be reached before the end of the 10-year period. In longitudinal studies, average changes within the individual are demonstrated, while in cross-sectional studies new individuals are added each time (17).

It is difficult to estimate the net health effects of the reported changes in lifestyle and biologic risk factors. A combination of positive changes within the same individual may result in a multiplicative effect on

morbidity and mortality (18,19). A recent study found that even among men with a high level of physical activity, obesity was associated with increased total mortality (20).

CONCLUSION

Small close-knit communities seem suitable for community-based interventions; it is easier there to obtain close interaction between voluntary organisations, local public administration, health personnel and media, and the public at large.

ACKNOWLEDGEMENTS

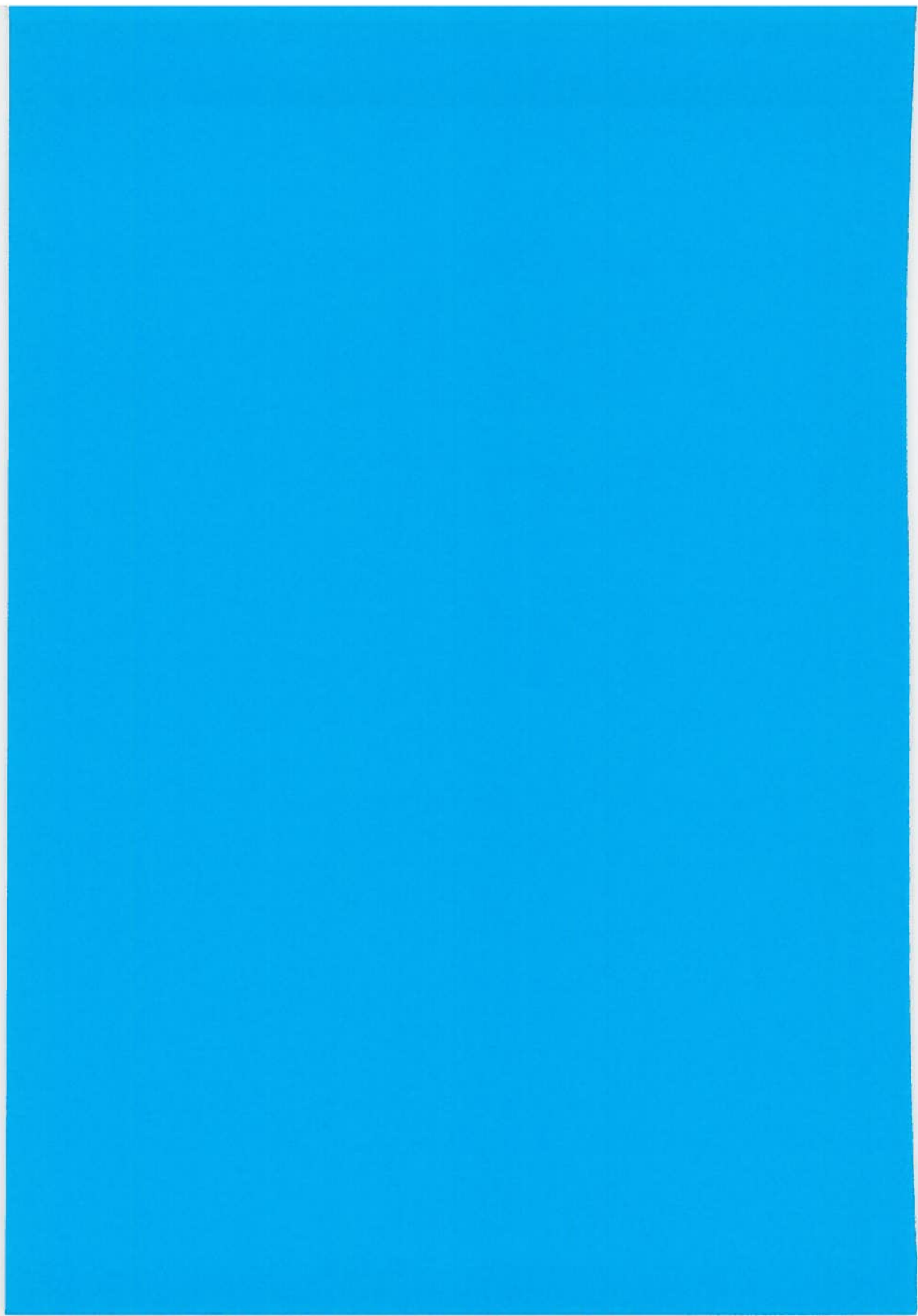
The Programme "Health and Inequality in Finnmark" and the University of Tromsø founded and supported this work. The National Health Screening Service collected the data. John Grøtta was project leader in the Municipality of North Cape. We thank them all for their participation.

REFERENCES

1. Aase A. Levekårene i Finnmark (Living conditions in Finnmark). Vadsø: County of Finnmark, County report, 1982.
2. Grinde J. Ondt ofte lider den fiskermand? Helse og arbeidsmiljø i fiskeryrket (Health and work environment among fishermen). Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
3. Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Results from first screening. *Acta Med Scand Suppl* 1983;675:1-184.
4. Langfeldt E, Fylkesnes K. Helseundersøkelsen i Finnmark - helseforhold og risiko for hjerte og kar undersøkelsen i Finnmark (Health survey in Finnmark - health status and risk of cardiovascular diseases among fishermen. A survey performed within the Health and Inequality program in Finnmark). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113:3590-4.
5. Thelle DS, Arnesen E, Forde OH. The Tromsø heart study. Does coffee raise serum cholesterol? *N Engl J Med* 1983;308:1454-7.
6. Fugelli P, Tanberg A, Trygg K, Lund-Larsen K, Østgård L. Kosthold og forbruk av nytelsesmidler blant 128 Nordkapp-fiskere (Nutrition and use of stimulants among 128 North Cape fishermen). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1987;107:1741-5.
7. Norges offentlige utredninger. NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene (Norwegian Official Reports 1998: no. 18. Everybody is needed. Strengthening of the Public Health Work in the Municipalities). Oslo: Elanders Publishing, Norwegian Official Reports 1998;18: ch. 8.
8. Westlund K, Sogaard A. Helse, livsstil og levekår i Finnmark (Health, lifestyle and living conditions in Finnmark). Tromsø: University of Tromsø, Institute of Community Medicine Report Series, 1993;28.
9. Fortmann SP, Flora JA, Winkleby MA, Schooler C, Taylor CB, Farquhar JW. Community intervention trials:

- reflections on the Stanford Five-City Project Experience. *Am J Epidemiol* 1995;142:576–86.
10. Murray DM. Design and analysis of community trials: lessons from the Minnesota Heart Health Program. *Am J Epidemiol* 1995;142:569–75.
 11. Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: the Stanford Five-City Project (see comments). *Am J Public Health* 1996;86:1773–9.
 12. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *J Am Med Assoc* 1982;248:1465–77.
 13. Pearson TA, Lewis C, Wall S, Jenkins PL, Nafziger A, Weinehall L. Dissecting the “black box” of community intervention: background and rationale. *Scand J Public Health Suppl* 2001;56:5–12.
 14. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR J, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994;84:1383–93.
 15. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995;85:777–85.
 16. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, 3rd ed. New York: Free Press, 1983.
 17. Rothman K, Greenland S. *Analysis of vital statistics data. Modern epidemiology*. Philadelphia, PA: Lippincott–Raven Publishers, 1998:481–97.
 18. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000;355:675–87.
 19. Njolstad I, Arnesen E, Lund LP. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996;93:450–6.
 20. Meyer HE, Sogaard AJ, Tverdal A, Selmer R. Body mass index and mortality – the influence of physical activity and smoking. *Med Sci Sports Exerc*. In press.

Arbeid 2



The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis?

Beate Søholt Lupton¹, Vinjar Fønnebø¹ and Anne Johanne Søgaard²

¹Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Tromsø, Norway, ²National Institute of Public Health, Oslo, Norway

Scand J Public Health 2003; 31: 178–186

Aims: Owing to high cardiovascular mortality, the Norwegian Government introduced the programme "Health and Inequalities in Finnmark" in 1988. One of the projects in this programme was aimed at changing cardiovascular risk factors through community-based intervention in a fishing community in the Norwegian Arctic. **Methods:** The intervention community Båtsfjord and the three control communities were selected from the same coastal area. The intervention was based on a quasi-experimental design, and evaluated by population surveys before (1987) and after (1993) the intervention. The attending cohort was analysed. The intervention method was based on empowerment and cooperation between different organizations, and the primary healthcare system. **Results:** From 1987–93, the male cohort in Båtsfjord had a more favourable development when compared with changes in the control communities regarding the 8.6% increase in physical activity ($p=0.047$), the reduction in systolic blood pressure by 0.01 mmHg ($p=0.002$), and the reduction in diastolic blood pressure by 2.1 mmHg ($p<0.001$). The female cohort in Båtsfjord had a more favourable development when compared with changes in the control communities regarding the 11.2% increase in use of low-fat milk ($p=0.046$), the increase in systolic blood pressure by 2.1 mmHg ($p=0.024$), and the reduction in diastolic blood pressure by 2.1 mmHg ($p<0.001$). **Conclusion:** Despite a difficult economic situation for the Arctic coastal communities, the study found it possible for voluntary organizations, local public administration, and local health personnel to promote change in lifestyle and blood pressure using a community intervention approach.

Key words: body mass index, blood pressure, community-based, coffee, cholesterol, diet, intervention, lifestyle, physical activity, rural health, smoking.

Beate Søholt Lupton, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, 9037 Tromsø, Norway. Tel: + 47-77644818, fax: + 47-77644831. E-mail: beate.lupton@ism.uit.no

BACKGROUND

In the county of Finnmark, located in the Arctic region of Norway, the high cardiovascular mortality has been a public health concern for many years. The average life expectancy during 1975–80 was 3.3 years below the country average for males and 1.6 years for females (1). Because of this high cardiovascular mortality, the National Health Screening Service carried out six population surveys between 1974 and 1996 (2). These and other surveys in the region had provided information about a high level of cholesterol, high proportion of daily smokers, and a high proportion of consumers of boiled coffee, which was a major contributor to high level of total cholesterol (3). These serious problems called for action. The Norwegian Government introduced the programme "Health and Inequalities in Finnmark" in 1988. The

coastal communities had the highest within-county mortality from cardiovascular diseases in Finnmark (4), and the fishing village of Båtsfjord was therefore chosen for intervention.

In 1988, all villages were struck by a severe deterioration in fish resources, which they depended on. Many families lost their homes and fishing boats as a result of a very difficult situation. Unemployment rose to 15–20% during the first winter. The possibilities for community intervention seemed difficult, if at all possible.

Several large-scale cardiovascular community-intervention projects in North Karelia, Minnesota, Stanford, and Pawtucket (5–8) have shown beneficial changes in cardiovascular risk factors, but they have experienced difficulties in demonstrating significant differences compared with changes in the control communities due to crossover of information and

secular trends. It has been argued that rural small-scale interventions are not to the same extent affected by secular trends and are thus more appropriate for the demonstration of effects of community interventions (9). Rural community-intervention studies conducted in South Africa (10) and in Missouri, USA (11) did not use the primary care services as the platform for intervention. Both had as one objective to increase treatment rates for hypertensives. These studies are therefore not directly comparable to our primary care-based study where environmental changes and community empowerment were emphasized. Two small-scale rural Swedish studies (12, 13) utilized the primary care services in screening and individual counselling. In Norsjo (12) they also initiated a community intervention programme involving official bodies and voluntary organizations. The use of primary care services seemed to be an efficient base for community intervention. Even though these latter studies are similar to ours, a direct application of the intervention methods used would not address the unique cultural and geographical characteristics of the small coastal villages of northern Norway.

AIMS

The aim of the present study was to evaluate the long-term lifestyle and risk factor changes occurring after a three-year community-based intervention in the municipality of Båtsfjord, a small Arctic fishing village in the county of Finnmark, North Norway, compared with three almost similar control communities.

METHODS AND MATERIAL

Population and design

The intervention municipality Båtsfjord (about 2,500 inhabitants) and the three control municipalities Loppa, Gamvik, and Måsøy (altogether 5,000 inhabitants), are located on the coast separated by deep fjords. The design was quasi-experimental. The intervention municipality was chosen based on local initiative, not random sampling. Control municipalities were selected on the basis of similar age distribution, ethnic background, and reliance on fisheries.

Intervention

The intervention project, named "Health and Well Being", started in the autumn of 1988. It lasted until the summer of 1991. The aim was to influence the whole population to be more health conscious, to mobilize the inhabitants to participate in health-promoting activities, and to change environmental factors influencing health. The concurrent crisis in the

fish resources resulted in a shift towards environmental changes promoting network building, well-being, and facilitation of healthy lifestyle choices, downplaying somewhat the emphasis on individual change. The theoretical framework was based on community empowerment (14).

The project invited voluntary organizations, including administrators of the municipality, to a workshop to identify barriers to good health. Based on this, two groups were selected to construct the "project manual" (15) where suggestions for health-promoting improvements were asked for. The manual was distributed to schools, one fish factory, voluntary organizations, and parts of the local public administration. About 270 individuals got involved in suggesting changes and health-promoting activities regarding nutrition, smoking habits, alcohol consumption, physical activity, accidents, lack of skilled workers/professionals, social network/well-being/quality of life, job environment, and ideas on how to create new jobs. A second project manual with all the suggestions listed in terms of short- and long-term measures was discussed in meetings with the same groups, who were invited to the workshop.

The responsibility for many of the suggested short-term activities was handed over to relevant voluntary organizations, whereas some activities were organized by the project manager directly. The project manager was a local teacher, who worked closely with the local medical officer. The proposed long-term measures, regarding for example road safety, job making, improving competence in the community in general, and recruitment of professionals, were incorporated in the new municipality plan prepared by the mayor's administration.

In this paper we describe changes in physical activity, diet, and smoking habits in the one intervention and three control communities, and the corresponding changes in blood pressure and cholesterol, and body mass index (BMI). Therefore, the intervention activities most relevant for these outcomes are described in more detail.

Physical activity

The sports club organized aerobics classes for ladies, physical training for individuals with heart disease, badminton groups for grown-ups, cycle trails, and was responsible for preparing ski tracks. The actual number taking part in the various activities was not registered. The Factory Sport Clubs Association was re-established in the autumn of 1989 on initiative of the "Health and Well Being" project. Approximately 200 employed persons took part in volleyball and football tournaments the two following years. Organized

hikes were arranged two or three times a year. Approximately 100–200 persons took part every time.

The Pensioners Association arranged dances regularly for two years. The Rheumatic Association, together with the physiotherapist, arranged swimming and special training in a heated swimming pool throughout the whole period.

Nutrition

In January 1989 "The Health and Well Being" project joined a national cholesterol campaign, and 510 persons had their cholesterol measured in three grocery shops. In addition to blood tests, the public was presented with healthy recipes and menus based on local food traditions. This whole event was well covered by the local newspaper and radio.

The local teachers of domestic science focused on healthy food in various settings. Approximately 40 persons took part in evening cookery classes. The Norwegian fishermen's union started a programme called "Healthy food at sea is safe" as previous studies had revealed that coffee, sugar, and biscuits were the main components of the diet while on board (16). The chef of the Fishermen Union's Welfare Station produced low-fat, vacuum-packed dinners, which could easily be prepared in simple facilities on board. These meals were sold commercially to the fleet and became a success.

Smoking habits

Considerable work was put into obtaining a smoke-free health centre, schools, and smoke-free kindergartens. Smoking was at the end of the intervention period confined to smoking rooms in these institutions. The General Plan for the Municipality of Båtsfjord stated a long-term aim of smoke-free public buildings by 2002.

Most of the activities listed above were suggestions recorded in the project manual, and thus were initiated by the inhabitants of the village.

Other activities

In addition to activities that originated from the project manual process, the intervention used the

following strategies. The local newspaper, radio, and television were widely used throughout the intervention period and played an important role in the project. The local Båtsfjord radio and television station covered only the intervention community, whereas the countywide radio station also covered the control communities. The local newspaper was distributed also to one of the control communities.

For use in the local general practice, guidelines were established for individual counselling on quitting smoking, heart-favourable diet, and physical exercise.

In 1990 the project arranged a public health fair where relevant voluntary organizations presented their activities, an event visited by more than 600 persons.

In addition, approximately 100 high-risk individuals identified at the baseline and intermediate screening were given individual counselling. This represented approximately 10% of the households. This was also done in the control communities.

Material

Baseline and follow-up information on lifestyle and risk factors was extracted from the Finnmark study surveys performed in 1987 and in 1993. In the 1987 survey all residents aged 40–62 years, and a 15% random sample of the residents aged 20–39 years, were invited to the survey, a total of 2,435 individuals in the four communities. In 1993, the 1,957 residents still alive and living in the four communities were re-invited (Table 1). Of those eligible, 1,324 (68%) met twice, and constitute the study population. The age and education level among those invited did not differ between Båtsfjord and the control communities, whereas there were significantly fewer males of Sami origin in Båtsfjord (Table II). A person who had his/her systolic blood pressure measured was considered to have attended the examination. The tabulated number of participants differs throughout the results due to varying responses to the different questionnaires and questions.

Registration of lifestyle and risk factors

The 1987 survey consisted of a physical examination and three questionnaires. We used information from

Table 1. The Finnmark intervention study: The number invited to the survey in both 1987 and 1993, and the number (%) attending both times

	Males			Females			Total		
	Invited <i>n</i>	Attended <i>n</i>	Attended %	Invited <i>n</i>	Attended <i>n</i>	Attended %	Invited <i>n</i>	Attended <i>n</i>	Attended %
Båtsfjord	323	186	58	272	178	65	595	364	61
Control	728	482	66	634	478	75	1362	960	70
Total	1051	668	64	906	656	72	1957	1324	68

Table 11. The Finnmark intervention study: demography at baseline 1987

	Males			Females		
	Båtsfjord n=186	Control n=482	Bfj/Control p	Båtsfjord n=178	Control n=478	Bfj/Control p
Age mean	47.7	48.6	0.231	47.5	47.9	0.617
Sami origin%	4.8	11.2	0.012	10.1	11.9	0.517
Education years mean	8.7	8.5	0.358	8.6	8.4	0.403

two of these. The 1993 survey consisted of the same physical examination and two questionnaires, corresponding to the information used in 1987. Detailed descriptions of the 1987 survey have been presented previously (17). The first questionnaire was included in the invitation letter and returned at the examination, whereas the second questionnaire was handed out after the examination and returned by mail. The questions concerned sociodemographic factors, self-reported complaints, lifestyle, well-being, contact with the health service, use of medication, and social network.

Trained personnel measured blood pressure, non-fasting blood lipids, weight, and height on both occasions according to a set protocol (18). Blood pressure was measured three times using DINAMAP, which records blood pressure automatically on the basis of oscillometry and modern electronics. The mean value of the two last measures was used for analysis. Blood samples were sent to the central laboratory, Ullevål Hospital, Oslo, using the same standardized techniques in both surveys. Height and weight were measured to the nearest centimetre and half-kilogram (18).

Outcome measures

The individual changes in lifestyle and cardiovascular risk factors (blood pressure, cholesterol, and BMI) were the outcome measurements used in the study. For all variables, we report two values; baseline level in 1987 and the change from 1987 to 1993.

In the dichotomous variables the baseline values can either be 1 (partakes in a certain activity) or 0 (does not partake in a certain activity). The change from baseline to follow-up will have three possible values, +1 = started, -1 = stopped, or 0 = unchanged. A person was regarded as physically active if he/she had a minimum of four hours of weekly moderate physical activity during the last year. The category low-fat milk includes persons drinking no milk.

In the continuous variables we report baseline value and change in systolic and diastolic blood pressure, cholesterol, and BMI. A positive value of the change indicates an increase during the period.

Statistical power

The main Finnmark Study set the sample size. It is therefore important to determine the size of the differences in change that can be discovered using conventional power requirements. The calculation was done for each sex separately. With a power of 0.8 and significance level of 0.05, the differences in change that it was possible to detect between Båtsfjord and the control communities were for BMI 0.38 kg/m², diastolic blood pressure 2.55 mmHg, cholesterol 0.22 mmol/l, physical activity 12% points, and smoking 9.5% points.

Statistical analysis

All analyses were done retaining the cohort design of the study. Sex-specific comparisons using analysis of variance were made between the mean individual change in the intervention community and the mean individual change in the three control communities combined. For the dichotomous variables the mean value of individual change will represent the group's net proportional change (proportion starting minus proportion stopping). The continuous variables were adjusted for baseline values. No other adjustments were made, as there were no significant differences between intervention and control communities regarding age distribution and education. Among the attendees there were fewer Samis among Båtsfjord males, but excluding Samis from the analyses changed the results only marginally.

RESULTS

At baseline, a significantly lower proportion of the Båtsfjord population were physically active than in the control communities. The Båtsfjord population had significantly lower systolic blood pressure and cholesterol than in the control communities. Otherwise there were no significant differences at baseline for either sex (Tables III and IV).

From 1987 to 1993, the increase in the proportion of males who were physically active in Båtsfjord was 8.6% while the increase in the control community was 0.6% ($p < 0.047$) (Table III). In Båtsfjord the reduction in male diastolic blood pressure was 2.1 mmHg, and

Table III. The Finmark intervention study. Baseline values and changes in cardiovascular related lifestyle in the cohort participating in the study in 1987 and 1993

	Baseline 1987 ^a				Change 1987-93		Test of change	
	Båtsfjord		Control		Båtsfjord	Control	Δ Båtsfjord/ Δ Control	
	n	%	n	%	% points	% points	p	
<i>Males:</i>								
Daily smoking	186	52.2	482	50.6	-7.5	-2.7	0.091	
Boiled coffee	186	81.7	482	83.6	-20.4	-13.7	0.477	
Filter coffee	186	23.1	482	18.5	17.2	14.3	0.163	
Users of low-fat milk	125	82.2	273	80.2	0.0	1.1	0.793	
Users of unsaturated cooking fats	186	48.9	482	54.0	14.0	7.9	0.163	
Users of unsaturated spreading fats	186	87.6	482	83.4	2.7	6.0	0.300	
Physically active	186	72.0	482	80.9	8.6	0.6	0.047	
<i>Females:</i>								
Daily smoking	178	47.8	466	45.4	0.6	1.2	0.793	
Boiled coffee	178	47.8	466	83.5	-17.4	-14.1	0.377	
Filter coffee	178	47.8	466	16.3	17.2	13.0	0.177	
Users of low-fat milk	125	27.3	80.8	85.0	11.2	3.3	0.046	
Users of unsaturated cooking fats	178	47.8	466	50.0	54.2	14.0	0.619	
Users of unsaturated spreading fats	178	47.8	466	83.7	84.7	5.1	2.9	0.514
Physically active	178	47.8	466	73.0	81.2	7.9	2.1	0.151

^aAt baseline the differences in physical activity between Båtsfjord and the control communities were significant. % Points = Absolute number/% change from baseline value.

systolic blood pressure 0.01, while in the control communities the increase in male diastolic blood pressure was 0.8 mmHg and systolic blood pressure 2.2 mmHg. When adjusted for age these differences were significant ($p \leq 0.02$) (Table IV). From 1987 to 1993, the increase in the proportion

Table IV. The Finmark intervention study. Mean baseline level and mean individual changes in blood pressure, cholesterol, and body mass index in the cohort participating in the study in 1987 and 1993

	Baseline 1987 ^a				Change 1987-93		Test of change	
	Båtsfjord		Control		Båtsfjord	Control	Δ Båtsfjord/ Δ Control	Δ Båtsfjord/ Δ Control
	n		n				p	p adj ^b
<i>Males:</i>								
DBT mmHg	188	83.3	482	85.1	-2.10	0.8	0.001	0.000
SBT mmHg	188	136.6	482	141.4	-0.01	2.2	0.059	0.002
Cholesterol (mmol/l)	188	6.3	482	6.7	-0.04	-0.2	0.001	0.704
BMI (kg/m ²)	188	25.6	482	26.0	1.50	1.1	0.000	0.002
<i>Females:</i>								
DBT mmHg	178	80.5	478	81.2	-2.1	1.8	0.000	0.000
SBT mmHg	178	132.8	478	136.0	2.1	4.6	0.030	0.024
Cholesterol (mmol/l)	178	6.4	478	6.8	-0.1	-0.1	0.474	0.446
BMI (kg/m ²)	178	25.5	478	26.2	1.9	1.4	0.000	0.001

^aAt baseline the differences in systolic blood pressure and cholesterol between Båtsfjord and the control communities were significant.

^bAdjusted for the baseline levels.

DBT = diastolic blood pressure; SBT = systolic blood pressure; BMI = body mass index.

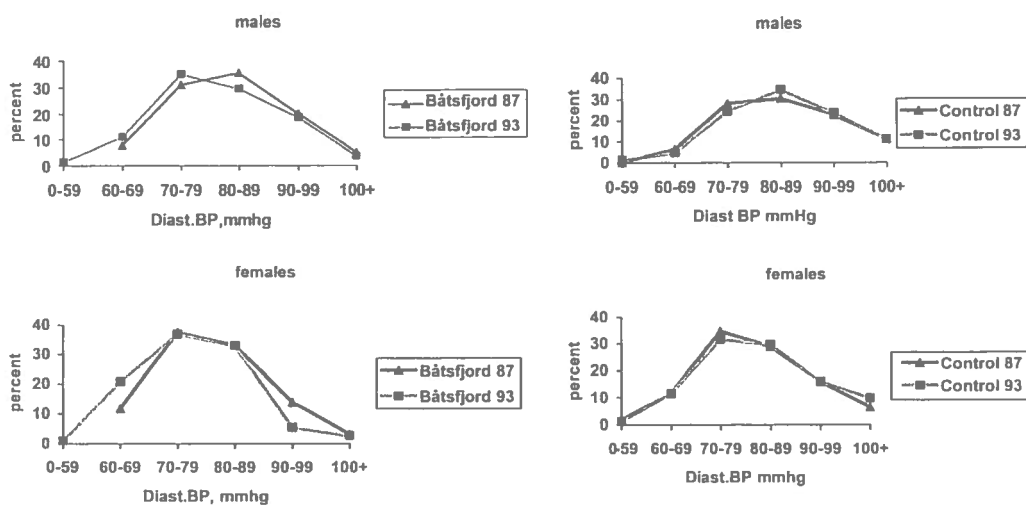


Fig. 1. The Finmark intervention study: proportion of the population in different strata of diastolic BP, 1987 and 1993.

of females drinking low-fat milk in Båtsfjord was 11.2% while the increase in the control community was 3.3%, ($p < 0.046$) (Table III). In Båtsfjord the reduction in female diastolic blood pressure was 2.1 mmHg, and the increase in systolic blood pressure 2.1, while in the control communities the increase in female diastolic blood pressure was 1.8 mmHg, and systolic blood pressure 4.6 mmHg. When adjusted for age these differences were significant ($p < 0.03$) (Table IV).

For both sexes BMI increased significantly more in Båtsfjord than in the control community.

We also analysed in what strata of diastolic blood pressure changes had taken place. All strata of

diastolic blood pressure had shifted from higher to lower levels in the Båtsfjord population (Figure 1). In the control communities the population who were in the lower strata in 1987 had remained unchanged or shifted to a higher stratum in 1993. No strata had shifted to a lower level.

Finally we fitted a regression line to study the association between change in BMI and change in diastolic blood pressure in Båtsfjord. The plot shows that the majority in both sexes gained weight during the intervention period. It also shows a weak positive non-significant association between change in BMI and change in diastolic blood pressure ($p = 0.052$ females, $p = 0.11$ males) (Figure 2). The level of BMI

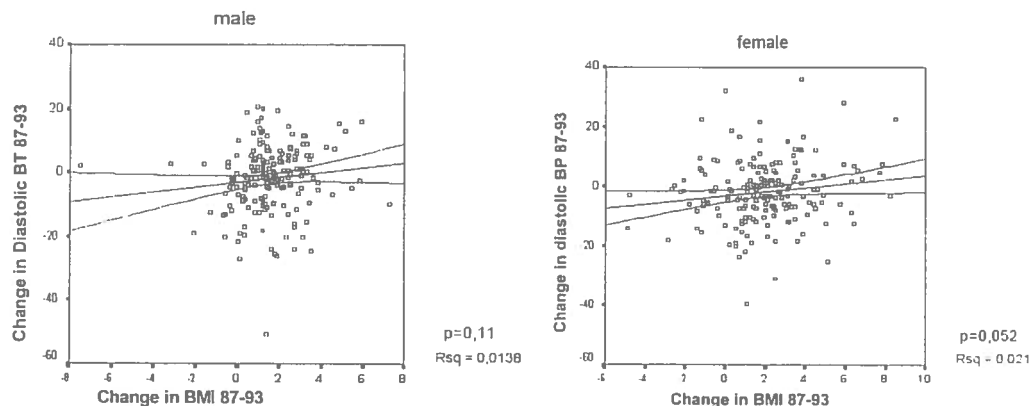


Fig. 2. The Finmark intervention study: fitted regression line between changes in BMI and changes in diastolic blood pressure.

gain, at which diastolic blood pressure increase occurs, is well above zero in both sexes. A person with a moderate increase in BMI shows on average a decrease in diastolic blood pressure, while a person who actually loses weight in the intervention period shows on average a substantial drop in diastolic blood pressure.

DISCUSSION

The aim of this study was to compare changes in the chosen cardiovascular risk factors in the intervention community of Båtsfjord to changes in the control communities.

The main findings showed significantly more favourable developments in physical activity (males), in use of low-fat milk (women) and in systolic and diastolic blood pressure (both sexes) in Båtsfjord compared with the control communities. BMI increased more in Båtsfjord than in the control communities.

The present quasi-experimental study with only one intervention community is prone to some potential sources of bias: lack of randomization of communities, baseline differences, and secular trends (19, 20).

The intervention community was selected owing to special interest of the local health personnel, which is important to facilitate any intervention study. The randomised controlled trial, ideal in the laboratory setting, is difficult to transfer to community trials. The challenge in the community setting is to control and measure exposure and establish a meaningful selection of intervention and control communities (21).

Differences in lifestyle factors at baseline were not adjusted for in the analyses. At baseline the proportion that was smoking, had an active lifestyle, or had a certain diet ranged from approximately 50% to 80%. We do not believe that baseline proportions in this range, which means that these behaviours are rather common and well accepted in the community, would be decisive for or influence the change in behaviour in either direction. However, it could be that differences at baseline in the biological risk factors between the intervention and control communities would influence the potential for change. The baseline measures are therefore adjusted for (Table IV).

Secular trends, countywide intervention programmes and crossover from the intervention communities could dilute effect differences (7). The crossover of information in our study is of less magnitude than in densely populated areas owing to major geographical obstacles and moderate media coverage across community boundaries. The impact of secular trends is therefore believed to be weaker in rural areas (9). For this reason, a community intervention project among

the coastal communities in Finnmark has the potential to demonstrate change in cardiovascular risk factors.

One conclusion drawn from the American projects is that it is far easier to change the risk profile of people who participate in community-based programmes than to engage a large enough fraction of the community in those activities to change the risk profile of the entire community. Small-scale studies (12, 13) conclude that a well-established, well-known, and respected primary care service has unique qualifications in communicating with the community. In the small communities of Finnmark it was relatively easy to reach a large proportion of the community. The fishing villages are geographically isolated and self-contained. Information travels easily within the different communities and the distractions of multiple activities of cities are not a problem. The social infrastructure is characterized by a great number of voluntary organizations that are willing to mobilize. The high mortality and morbidity of coronary heart disease had worried the inhabitants for quite some time when the intervention took place. The combination of an important message, an open society and well integrated "change agents" was probably the reason why it was possible to achieve positive results with small means.

The attendance rate of those invited twice in Båtsfjord was 61%; in the control communities it was 70%, significantly higher. Non-attendees were significantly younger than the attendees. Attendees at both surveys smoked less than those attending only one survey. The younger age group attending twice quit smoking to a higher degree than the older group. On the other hand a higher proportion of the older group reported behavioural change (22). It is therefore difficult to estimate in what direction the non-attendees would have affected the result.

In all communities, the questionnaires were used according to the same protocol, and it is not likely that the participants in the four communities differed in their understanding of the information requested. When our main concern is differences in change rather than absolute values for diet, smoking, and physical activity, underestimation/overestimation will probably be evenly distributed in the intervention and control communities. The insecurity connected with self-reporting is therefore of insignificant importance in this study.

The positive effects on lifestyle in our study were, with few exceptions, not statistically significant. It could be that our measurement instrument was too crude, and the questions covering each item too few. The duration of the intervention might also have been too short to pick up important changes in lifestyle. It is also worth noticing that our power calculation

revealed that the difference possible to detect with the existing sample size was larger than desirable for some of the lifestyle variables. On the other side, the detectable differences in change were sufficient to discover interesting differences in change in blood pressure and BMI on a population level.

The health consequences of the reported changes in risk factors are difficult to assess accurately but could be considerable. The risk reduction is of a greater magnitude when the reduction occurs in the higher strata of cholesterol, blood pressure, and BMI. A combination of positive changes within the same individual may result in a multiplicative effect on morbidity and mortality. Small changes in risk factors of a whole population will also result in important public health effects, given that the unhealthy behaviour or risk factor is common. We know that an increase in physical activity has a positive effect on blood pressure (23), morbidity, and mortality from cardiovascular as well as other causes. Even moderate increase of physical activity has an impact (24, 25). In addition, a reduction in the consumption of boiled coffee (26), and saturated fats (27), can result in a lowering of the risk of cardiovascular diseases.

The reduction in blood pressure influences mortality. In the Bergen blood pressure study, the 20-year mortality from all causes has been calculated by different strata of diastolic blood pressure and age at examination (28). We applied the same mortality to the Båtsfjord population. We used the observed blood pressures from 1987 and 1993, to try to estimate the reduction in expected deaths over a 20-year period. The potential reduction in number of deaths from all causes was for males 3.5 and for females 0.9.

Cross-sectional surveys of Norwegian counties in the latter part of the 1990s showed a decline in blood pressure in similar age groups at two different points in time in all counties (29). Our cohort study does, however, follow *the same individuals* for six years. Blood pressure rises with age, and the changes in blood pressure in Båtsfjord are thus not likely to be simply a reflection of national cross-sectional trends.

The reduction in average blood pressure coincided with an increase in both BMI and physical activity. This could be interpreted as an argument against the positive relationship between increase in body weight and higher blood pressure. Our regression analysis indicates, however, the same positive relationship that has been demonstrated in other studies. The important difference from other studies is that only a large increase in body weight seems to raise blood pressure from the baseline level. Blood pressure is reduced in persons experiencing only a small gain in body weight, while major weight loss is associated with a substantial reduction in blood pressure. One can only

speculate that some other important blood pressure-lowering factor is overshadowing the blood pressure-increasing effect of BMI increase. One possible candidate could be physical activity (23, 29). Another explanation, which could account for the favourable development in blood pressure in Båtsfjord, could be the improvement in social conditions during the study period. In 1988, all coastal villages were struck by a severe deterioration in the fish resources that they depend on. Many families lost their homes and fishing boats as the result of a very difficult economic situation. It levelled off in 1990-91 and Båtsfjord was the first community to recover. This coincided with the study period.

CONCLUSION

The Finnmark Intervention Study shows positive changes in lifestyle and coronary risk factors as a result of the intervention in a coastal Arctic area which, at the time, was in a difficult economic situation. The timing for lifestyle intervention seemed unsuitable and there was a fear that the results would be meagre if any. Despite all this, the intervention was found to be fairly feasible and effective. It is therefore possible for voluntary organizations, local public administration, and local health personnel to promote change in lifestyle and blood pressure using a community intervention approach.

ACKNOWLEDGEMENTS

The Norwegian National Programme for Health for all by the year 2000 (Health and Inequalities in Finnmark) and the University of Tromsø supported this work. The National Health Screening Service collected the data. Project manager Kjell Kålheim was responsible for the local intervention. The Norwegian Regional Ethical Committee for Medical Research has approved the study.

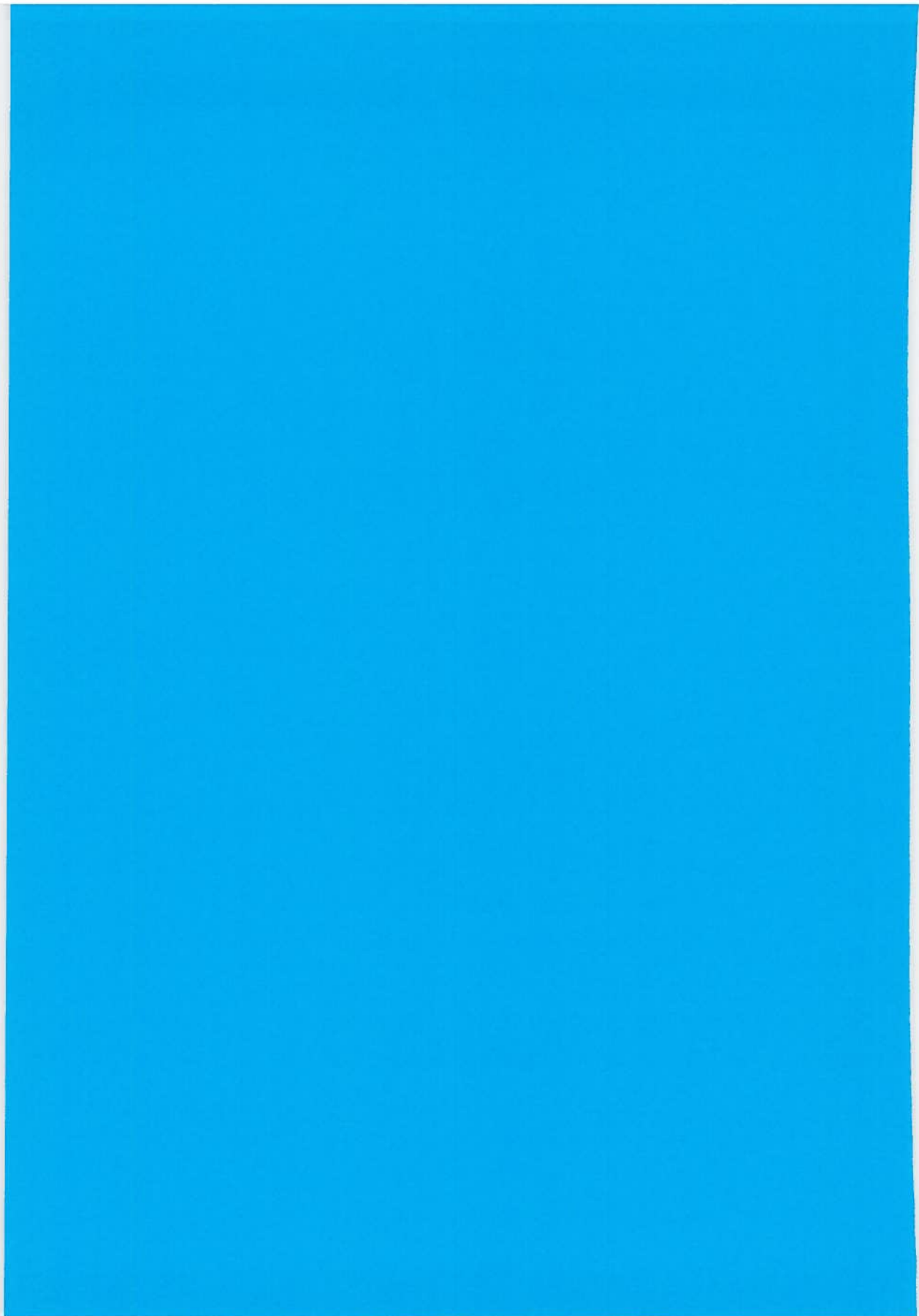
REFERENCES

1. Westlund K. Sentrale trekk ved sykdoms- og dødelighetsmonsteret i Finnmark (Important trends in the mortality and morbidity pattern in Finnmark). Institute of Community Medicine Report series. Forsdahl A, Svendahl A, Syse A, Thelle D, editors. Tromsø: University of Tromsø 1989; 12: 55-79.
2. Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Results from first screening. *Acta Med Scand Suppl* 1983; 675: 1-184.
3. Thelle DS, Arnesen E, Forde OH. The Tromsø heart study. Does coffee raise serum cholesterol? *N Engl J Med* 1983; 308: 1454-7.
4. Aase A. Levekårene i Finnmark (Living conditions

- in Finnmark). Vadso: County of Finnmark, County Report, 1982.
5. Salonen JT. Prevention of coronary heart disease in Finland - application of the population strategy. *Ann Med* 1991; 23: 607-12.
 6. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR J, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, Crow R, Elmer P, Finnegan J, Folsom AR, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994; 84: 1383-93.
 7. Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: the Stanford Five-City Project [see comments]. *Am J Public Health* 1996; 86: 1773-9.
 8. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995; 85: 777-85.
 9. Pearson TA, Lewis C, Wall S, Jenkins PL, Nafziger A, Weinehall L. Dissecting the "black box" of community intervention: background and rationale. *Scand J Public Health* 2001; Suppl 56: 5-12.
 10. Rossouw JE, Jooste PL, Chalton DO, Jordaan ER, Langenhoven ML, Jordaan PC, Steyn M, Swanepoel AS, Rossouw LJ. Community-based intervention: the Coronary Risk Factor Study (CORIS). *Int J Epidemiol* 1993; 22: 428-38.
 11. Brownson RC, Smith CA, Pratt M, Mack NE, Jackson TJ, Dean CG, Dabney S, Wilkerson JC. Preventing cardiovascular disease through community-based risk reduction: the Bootheel Heart Health Project. *Am J Public Health* 1996; 86: 206-13.
 12. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programme - motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health* 2001; Suppl 56: 13-20.
 13. Thorell B, Svardsudd K. Intervention against ischaemic heart disease risk factors in primary health care in a semi-rural community. The population study "50-year-old people in Kungors". *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 51-6.
 14. Tones K, Tilford S. Health Education. London: Chapman & Hall, 1994: 235-82.
 15. Oraug J. Medvirkning i offentlig planlegging. 10 års erfaring med arbeidsbok metoden (Participation in public planning, ten years' experience with the project manual method - English summary). Oslo: Norwegian Institute for Towns and Regional Research Report Series 1988.
 16. Fugelli P, Tanberg A, Trygg K, Lund-Larsen K, Østgård L. Kosthold og forbruk av nytelsesmidler blant 128 Nordkapp-fiskere (Nutrition and use of stimulants among 128 North Cape fishermen). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1987; 107: 1741-5.
 17. Fylkesnes K, Forde OI. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992; 35: 271-9.
 18. Westlund K, Sogaard A. Helse, livsstil og levekår i Finnmark (Health, lifestyle and living conditions in Finnmark). Institute of Community Medicine Report Series. Tromsø, University of Tromsø, 1993: 28.
 19. Fortmann SP, Flora JA, Winkleby MA, Schooler C, Taylor CB, Farquhar JW. Community intervention trials: reflections on the Stanford Five-City Project Experience. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 576-86.
 20. Murray DM. Design and analysis of community trials: lessons from the Minnesota Heart Health Program. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 569-75.
 21. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. Folkhalsøarbeidet behøver nye utværdingsmodeller. Primærhelsetjenestens behov for nye utværdingsmodeller. Primærhelsetjenestens behov for nye utværdingsmodeller. *Lakartidningen* 1998; 95: 3812-16.
 22. Henriksen N, Sogaard A, Fylkesnes K. The Finnmark Intervention Study. Design, methods and effect of a 2 year community-based intervention. *Eur J Public Health* 1995; 5: 269-76.
 23. Westheim A, Os I, Hjermann I. Fysisk aktivitet og det metabolske syndrom (Physical activity and the metabolic syndrome). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993; 113: 723-4.
 24. Erikssen G, Liestol K, Bjørnholt J, Thaulow E, Sandvik L, Erikssen J. Changes in physical fitness and changes in mortality. *Lancet* 1998; 352: 759-62.
 25. Sacco RL, Gan R, Boden AB, Lin IF, Kargman DE, Hauser WA, Shea S, Paik MC. Leisure-time physical activity and ischemic stroke risk: the Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke* 1998; 29: 380-7.
 26. Stensvold I, Tverdal A, Foss OP. The effect of coffee on blood lipids and blood pressure. Results from a Norwegian cross-sectional study, men and women, 40-42 years. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 877-84.
 27. Hjermann I, Velve BK, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981; 2: 1303-10.
 28. Selmer R. Blood pressure and twenty-year mortality in the city of Bergen, Norway. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 428-40.
 29. Cook C, Simmons G, Swinburn B, Stewart J. Changing risk behaviours for non-communicable disease in New Zealand working men - is workplace intervention effective? *NZ Med J* 2001; 114: 175-8.

Accepted 02 06 20

Arbeid 3



The Finnmark Intervention Study:

Do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well-being? Experiences from Båtsfjord, a fishing village in North Norway

BEATE SØHOLT LUPTON , MD, MSc, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

VINJAR FØNNEBØ, MD, PhD, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

ANNE JOHANNE SØGAARD, DDS, PhD, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

KNUT FYLKESNES, DDS, PHD, Centre for International Health, University of Bergen, Norway

Author responsible for correspondence about the manuscript:

Beate Søholt Lupton, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, 9037 Tromsø, Norway

Telephone: + 47-77644818 Fax: + 47-77644831

E-mail: beate.lupton@ism.uit.no

Running head: Side-effects of community-based intervention.

Word counts text : 2937 Word counts abstract: 242

ABSTRACT

Aim: Examine negative side-effects on self-rated health and well-being of a community-based intervention in a fishing community in the Norwegian Arctic. **Method:** A cohort study with quasi-experimental design with one intervention community and three control communities from the same area. There was a baseline screening (1987), three years intervention (1988-1991) and a rescreening (1993). Of the invited (aged 20-62 years in 1987), 668 (64%) males and 656 (72%) females met at both screenings. The main outcome variables were self-rated health, mental health variables, and preoccupation with health. Those answering the relevant questions at both screenings were analysed. High-risk and low-risk males were analysed separately. There were too few females in the high-risk group to do separate analyses. **Results:** The main findings among the low-risk group were: Males in Båtsfjord did not differ from males in the control communities. Among females, there was a reduction in the proportion depressed of 20.4% points in Båtsfjord and 9.6% in the control communities (p adjusted=0.060). There was also a decrease in the proportion lonely of 19.2% points and 5.8% respectively (p adjusted=0.005). In the male high-risk group there was a decrease in the proportion lonely by 14.7% points in Båtsfjord and an increase by 5.9% in the control communities (p adjusted=0.004). **Conclusion:** We have not found that an intervention programme using local empowerment, mass strategies, and intervention on high-risk cases has serious negative side effects on self-rated health, well-being or preoccupation with health.

Keywords: community-based intervention, coping, loneliness, preoccupation with health, well-being, rural health, self-rated health.

INTRODUCTION

The Finnmark Intervention Study, a community-based intervention on cardiovascular risk factors in two fishing villages in the Norwegian Arctic, took place in the period 1987-1993 due to high cardiovascular morbidity and mortality in the area.¹ It was founded on empowerment and community-based participation. The inhabitants of Båtsfjord, one of the intervention communities, experienced in this period a significantly more favourable development in systolic and diastolic blood pressure when compared to control communities.² There was, however, only moderate consideration of possible negative side-effects of the intervention.

Previous studies investigating negative side-effects of community-based intervention are threefold; studies of mass media campaigns, studies of the consequences of being defined as a high-risk individual at screening and studies describing medicalization, healthism, labelling, and victim-blaming. The latter have been centred on more philosophical discussions of health promotion directed towards the individual,³ and thereby the individual's responsibility for own health. Becker indicates that some individuals may regard being "ill" as being "guilty".⁴ This issue was raised by Ivan Illich⁵ in the mid-1970s, and by others more recently.^{6,7} The studies of negative side effects of community interventions on low-risk individuals are mainly mass media interventions. The country-wide yearly Norwegian mass-media fundraising campaign, with broad television coverage focusing on different health issues, has shown increased numbers of biopsies taken when the topic was cancer.⁸ Later corresponding campaigns increased the proportion with correct knowledge of mental disorders and decreased the worries of acquiring cancer and mental disorder.^{9,10} The studies of consequences of being a high-risk individual are numerous. A qualitative study from Båtsfjord showed that individuals with a high cardiovascular risk considered themselves

as lifelong patients.¹¹ In a low-income American setting labelling persons as hypertensive resulted in five-year long depressions.¹² Other studies, however, show no effect on quality of life after identifying persons with raised blood pressure (Norway),¹³ and no negative impact on self-rated health after general health screening and health discussions (Denmark).¹⁴ A systematic review of the psychological impact of identifying an individual's risk of illness showed anxiety and depression in those testing positive in the short term (one month), but not in the long term.¹⁵

The present study focuses on possible negative side effects of the intervention in Båtsfjord on self-rated health and well-being, in a fishing community in the Norwegian Arctic. The intervention combined local empowerment, mass strategies, and high-risk intervention.

MATERIAL AND METHODS

Population and design

The intervention community Båtsfjord (approximately 2500 inhabitants) was chosen based on local initiative, not random sampling. The three matched control communities Loppa, Gamvik and Måsøy (approximately 5000 inhabitants), were selected on the basis of similar age distribution, ethnic background and reliance on fisheries giving the study a quasi-experimental design. All communities are located along the coast of Finnmark, separated by deep fiords.

Material

Baseline and follow-up information on self-rated health, mental health variables and preoccupation with health was extracted from the population surveys performed in 1987 (pre-

intervention) and 1993 (two years after the organized intervention was terminated). In the 1987 survey, all residents aged 40–62 years and a 15% random sample of residents aged 20–39 years were invited. In 1993, 1051 males and 906 females of those invited in 1987 were still alive and living in their original communities and thus reinvited, (*table 1*). Of those eligible, 668 (64%) males and 656 (72%) females attended both the 1987 and 1993 surveys. An intermediate survey in 1990 was in this paper used only to identify high-risk individuals. To be identified as a high-risk person a minimum level of either systolic blood pressure, cholesterol or risk score had to be exceeded.¹ The high-risk group used in our analyses were individuals identified as high-risk either in 1987 or 1990 or both times. *Table 1* gives the number of high-risk and low-risk individuals who met both in 1987 and 1993. A person who had his/her systolic blood pressure measured was considered to have attended the survey. The 1987 survey consisted of a physical examination and three questionnaires. Detailed descriptions of the 1987 survey have been presented previously.^{16,17} In 1993, the survey consisted of a physical examination and two questionnaires. The questions used in this study were placed on the second questionnaire in 1993, which was given out at the examination and returned by post. In 1987, the question on self-rated health was placed on the second questionnaire, while the other questions were placed on the third questionnaire, which was posted to the informant after the examination and returned by post. The tabulated number of participants differed throughout the results due to varying response to the different items in the different questionnaires. Fewer individuals answered the questions on questionnaire two and three (*table 3 and 4*) than met at the examination (*table 1*). All questions were worded identically at both surveys. According to a set protocol trained personnel measured blood pressure, cholesterol, triglycerides, weight and height at both occasions. Further details are described elsewhere.¹

Intervention

The intervention, named “Health and Well-Being”, started in the autumn of 1988 and lasted until the summer of 1991. The aim was to influence the whole population to be more health conscious, to mobilize the inhabitants to participate in health promoting activities and to make people aware of the structural factors that influence health. The theoretical framework was based on community empowerment and diffusion of innovation.^{18,19} The project manager was a local teacher, who worked closely with the local medical officer. Most activities were aimed at the public in general, but some were solely directed at high-risk individuals. A detailed description of the intervention has been published previously,^{20,21} in short the intervention included the following aspects:

- Intervention aimed at the general public

Thirty non-government organizations (NGOs) were involved in the definition of obstacles to good health in Båtsfjord. They formulated objectives for health promoting activities regarding nutrition, smoking, alcohol consumption, physical activity, accidents, general well-being and employment factors. The responsibility for the implementation phase was taken by the following organizations:

Physical activity: Sport clubs, The Retiree’s Association and the Rheumatic Association.

Nutrition: Medical officer, public health services, schools, and the Fishermen’s Unions Welfare Station.

Smoking: Public health services and schools.

Municipality plan prepared by the mayor’s administration: Road safety, job making, competence building, and recruitment of professionals.

A public health fair was arranged – a “Health and Well-Being-day”: NGOs and public organizations presented their activities and products. More than 600 persons visited the fair, which was approximately 25% of the total Båtsfjord population.

The local newspaper, radio station, and television channel were widely used throughout the intervention period.

- *Intervention aimed at high-risk individuals*

- Guidelines were developed to assist in individual counselling on smoking, diet, and physical activity in the everyday work of the general practitioners.
- The “Health and Well-Being” project joined an ongoing cholesterol programme where the measurement of cholesterol and counselling on diet in the local shops were the main ingredients. All individuals with a cholesterol value above 8 mmol/l were subsequently given individual counselling in the surgery following the above-mentioned guidelines.
- High-risk individuals identified at the baseline and/or the intermediate 1990 screening were given individual counselling by the local General Practitioner in both Båtsfjord and the control communities.

Outcome measures

Self-rated health was determined by the response to the question: “How is your general health?” This question had four categories, dichotomized into indifferent/bad =0 and good/very good =1. *Mental distress* was determined by the response to the question: “Have you felt unhappy or depressed for a period of at least 14 days?” yes=1, no=0. *Satisfaction with life* was determined by the response to the question: “Are you mainly satisfied with life?” This question had four categories, dichotomized into very satisfied/satisfied =1 and a bit/very

dissatisfied=0. *Loneliness* was determined by the question: "Do you ever feel lonely?" This question had three categories, dichotomized into sometimes/often=1 and no=0. *Discussing health issues with family/ others* was determined by the response to the question "During the past 14 days, have you discussed health issues with someone in your family/outside your family?" yes=1 and no=0. *Coping* was determined by the response to the question: " During the past 14 days, have you felt unable to cope with your problems?" This question had four categories, dichotomized into no/sometimes=1 and often/ most of the time=0.

For all variables, we report two values; baseline level in 1987 and the change from 1987 to 1993. The change from baseline to follow-up has three possible values, +1= positive change, -1= negative change, 0= unchanged. Change is given as percentage points (absolute number) change from baseline values. This indicates change at population level, which was our main aim.

Data analysis

All analyses were done retaining the cohort design of the study. The cohort analysed had both met twice and answered the relevant question twice. Sex-specific comparisons using analysis of variance/*t*-test were made between the mean individual change in the intervention community and the mean individual change in the three control communities combined. We have used analyses of variance/*t*-test in spite of our dependent variable having only three values, -1,0, +1, which does not have a normal distribution. However, the means of the groups have a normal distribution if, as here, *n* is high enough (the central limit theorem).²² Using analyses of variance allows us to adjust for differences between the groups. The mean value of individual change will represent the group's net proportional change (proportion changing in one direction minus the proportion changing in the other direction). Adjustment was done

only for baseline values as there were no significant differences between intervention and control communities regarding age-distribution and education.

Only males were analysed when high-risk groups were concerned. High-risk females were excluded. They were too few for separate analysis.

The regional ethical committee for medical research has recommended the study.

RESULTS

At baseline a higher proportion of low-risk females in Båtsfjord reported poor self-rated health compared to the corresponding control females (*table 3*). A higher proportion of high-risk males in Båtsfjord reported mental distress (*table 4*). Båtsfjord and the control communities did not differ in any other outcome variable at baseline.

From 1987 to 1993 there were no statistically significant differences in change in any variable among low-risk males, when comparing Båtsfjord with the control communities (*table 3*).

Among low-risk females in Båtsfjord there was a decrease in the proportion depressed of 20.4% points compared to 9.6% points in the control communities ($p = 0.06$ adjusted for baseline values). There was a decrease in the proportion lonely of 19.2% points compared to 5.8% points in the control communities ($p=0.005$ adjusted) (*table 3*).

Among the high-risk males in Båtsfjord, there was a decrease from 1987 to 1993 in the proportion depressed of 20.6% points compared to 0.8% points in the control communities, but the difference was not significant after adjusting for baseline values (*table 4*).

In the high-risk males we also found a decrease in the proportion lonely of 14.7% points in Båtsfjord compared to an increase of 5.9% points in the control communities ($p=0.004$ adjusted) (*table 4*).

None of the other measures of possible negative side effects gave significant differences in change between Båtsfjord and the controls communities for any sub-group.

DISCUSSION

We found no negative side-effects of the intervention on self-rated health and well-being in Båtsfjord. On the contrary, low-risk females in Båtsfjord were less depressed and less lonely than corresponding females in the control communities after the intervention. The same was the case for the male high-risk group in Båtsfjord.

Selection bias

The intervention and control communities were not a random sample of all coastal communities in Finnmark. The intervention community was selected due to the interest of the local health personnel, while the control communities were matched on the basis of socio-demographic variables to ensure a similar distribution of possible confounders. The medical officer in the intervention community had for several years been well integrated and politically and socially active in the community, possibly reducing potential negative side-effects. The above mentioned factors and the low response rate could hamper the possibility for generalizing the result.

The proportion of attendees answering the questions on self-rated health and well-being was approximately 45-50-%. We used the question of self-rated health to investigate the effect of this additional selection. When including those who answered the question on self-rated health either in 1987 or in 1993 with those answering twice, the prevalence of good self-rated health only changed marginally and in the same way in both communities.

In spite of different attendance rate, the attendees in control and intervention communities did not differ with respect to age or education (*table 2*). The attendees in the intervention and control communities differed with regard to proportion with a Sami background, but the exclusion of this ethnic group from the analyses, only changed the result marginally.

Information bias

In all communities, the questionnaires were used according to the same protocol, and it is not likely that the participants in the four communities differed in their understanding of the information requested. The same questions were used both times, and the study took place at the same time of the year. There is therefore no reason to believe that there is a difference in reporting from one study to the next.

Self-rated health status is regarded as a useful global measure being assessed as highly reliable,²³ in reflecting personal evaluations not captured by other measures,^{3,16,23,24} and to be a strong predictor of health care utilization.³ Furthermore, self-rated health has been consistently found as a strong independent predictor of mortality in multiple community studies.²⁵

The other variables used are partly modified questions from The General Health Questionnaire-GHQ, and partly taken from other health surveys.

Comparison with other studies

Previous studies investigating negative side-effects of community-based intervention are studies of mass media campaigns and studies of the consequences of being defined as a high-risk individual at screening. Both types of studies give mixed answers to the question whether or not such interventions lead to mental distress, a negative preoccupation with health or deterioration in quality of life. We have not found studies that investigate negative side-effects of community interventions using a mixed approach with both high-risk identification,

use of mass media, NGO's and the local public administration. The North Karelia project did show a positive change in self-reported health after 20 years of intervention but this occurred both in North Karelia and in the control area of Kuopio.²⁶

Our finding of no deterioration of self-rated health and well-being could be caused by an inability of the given questions to discover the types of negative influences we are looking for. In a qualitative study performed shortly after the intervention in Båtsfjord, the investigator concluded that individuals identified as being at high-risk for cardiovascular disease, appreciated knowing about their status. On the other hand, this information changed their self-perception to a great extent from healthy to diseased. Most high-risk persons viewed themselves at that time as lifelong "patients" without being ill.¹¹

A systematic review of the psychological impact of pinpointing an individual's risk of illness¹⁵ showed, in majority of the studies, an impact one month after the risk identification, but no impact in the long run. This might explain why the qualitative study done immediately after the intermediate survey in Båtsfjord (1990),¹¹ showed a somewhat different picture compared to the results from the present study scrutinising the reactions 3-6 years after the person was identified as a high-risk case.

The health surveys in this study were viewed as a health service to a population at high-risk with the aim of reducing the risk in all communities in the county. In all communities high-risk cases were intervened upon. This might reduce differences between control and intervention communities.

Another reason for our encouraging findings could be that the intervention used empowerment as a method for change. Individuals and organizations achieved a feeling of control in the individual, which is the opposite of invasion and medicalization. In the small communities of Finnmark it was relatively easy to reach a large proportion of the community. In Båtsfjord 77% of males and 82 % of females knew about the project.¹⁷ The social

infrastructure was characterized by a great number of voluntary organizations that were willing to mobilize, and the distraction of multiple urban activities was not a problem. This gave a sense of cohesion and control. This method of participation and empowerment might be more difficult to transfer to a large city. Lack of control might be the reason why labelling low-income Americans as being hypertensive without giving them access to treatment, resulted in depressions lasting for five years.¹²

In the autumn of 1988 the intervention and control communities, together with all the other coastal communities in Finnmark, were struck by a fishing resource crisis, which levelled off in 1990–1991. Many families lost their homes and fishing boats early in the intervention period. This crisis and the later improvement in the general economic situation during the period 1991-1993, affected deeply both the intervention and control communities, and could not explain why the Båtsfjord population fared better than the control communities.

The positive effect of intervention on depression and loneliness shown in this study might also be a result of a synergy, which could have taken place between the intervention project “Health and well-being” and other ongoing Båtsfjord projects such as the project “Coordination of children’s environment”, and the project “Quality circles in the fishing industry”. These interventions, only carried out in Båtsfjord, might have given the population strategies for coping with the difficulties experienced by a large number of inhabitants in the community.

CONCLUSION

We conclude that none of the results indicate that the intervention programme using both local empowerment, mass media strategies and intervention on high-risk cases in Båtsfjord had negative side-effects on self-rated health, well-being and preoccupation with health as measured in this study.

Acknowledgements

The work is attributed to the Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway.

The Programme for Health and Inequalities in Finnmark, Ministry of Health and Social affairs, the National Association of Public Health, and the University of Tromsø supported this work. The National Health Screening Service collected and organised the data. Kjell Kålheim together with Beate Søholt Lupton, were responsible for the local intervention.

REFERENCES

1. Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T, Lund LP. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Background and organization. *Acta Med Scand Suppl* 1979;6341-70.
2. Lupton B, Fonnebo V, Sogaard A J. The Finnmark intervention study: Is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scan J Public Health*;31:178-186.
3. Fylkesnes, K. Factors affecting self-evaluated general health status-and the use of professional health care services, [doctoral thesis]. Tromsø (N): University of Tromsø, 1991.
4. Becker MH. The tyranny of health promotion. *Public Health Rev* 1986;14:15-23.
5. Illich I. Medical nemesis. The expropriations of health. New York: Panthenon Books, 1976.
6. Lunde IM, Hafting M, Malterud K. Kan forebyggelse blive helbredsskadelig? [Can prevention be hazardous to health?] *Nord Med* 1990;105:275-76.
7. Forde R. Har Illich fått rett? Skaper risikofokusering i medisinen uhelse? [Was Illich right? Is ill health created by focusing on risks?] *Nord Med* 1996;111:113-15.
8. Engh V. Kreftaksjonen 1980 som helseopplysning. (The 1980 Cancer fundraising campaign as healthpromotion). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1981;101:1666.
9. Fonnebo V, Sogaard AJ. Skaper informasjonskampanjer økt engstelse for sykdom? (Does information campaigns increase worry of disease?) 8th Norwegian Conference of Epidemiology; 1998, June 3-4; Oslo(N). *Nor J Epidem* 1998;44(8)(Suppl 1).
10. Sogaard AJ, Fonnebo V. Part II: Changes in knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1995;267-78.

11. Andersen J. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kyst kommuner. (Health, illness and disease risk in two North Norwegian coastal communities) [doctoral thesis]. Tromsø (N): University of Tromsø, 1998.
12. Bloom JR, Monterossa S. Hypertension labelling and sense of well-being. *Am J Public Health* 1981;71:1228-32.
13. Moum T, Sorensen T, Naess S, Holmen J. Gir diagnosen høyt blodtrykk endret livskvalitet? Resultater fra en medisinsk masseundersøkelse i Nord-Trøndelag. [Changes in quality of life caused by being diagnosed as hypertensive or other events in life. Results from a population study in Nord-Trøndelag]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;112:18-23.
14. Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, Engberg M. Randomised controlled trials shows that general health screening and health discussion have no negative impact on the participants self-rated Health[abstract]. 2nd Nordic Conference of Epidemiology; 2002 June 6-9;Aarhus (DK).
15. Shaw C, Abrams K, Marteau TM. Psychological impact of predicting individuals' risks of illness: a systematic review. *Soc Sci Med* 1999;49:1571-98.
16. Fylkesnes K, Forde OH. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992;35:271-79.
17. Henriksen N, Sogaard AJ, Fylkesnes K. The Finnmark Intervention Study. Design, methods and effect of a 2 year community-based intervention. *Eur J Public Health* 95 A.D.;5:269-76.
18. Tones K, Tilford S. *Health Education*. London: Chapman and Hall, 1994:235-82.
19. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 3rd ed. New York: The Free Press, 1983.

20. Lupton B. Helse og trivsel i Båtsfjord. Et nærmiljøbasert forebyggende prosjekt i en fiskerikommune i Finnmark (Health and Well-Being in Båtsfjord, a Community-based Intervention Project in a Coastal Community in Finnmark). Vadsø (N): The County Medical Officer of Finnmark; 1995 Report No. 1
21. Henriksen N. Fra enetale på helsesenteret til samtale i sjarken. (From a Monologue at the Health Centre to a Conversation on the Fishing Boat) [doctoral thesis]. Tromsø (N): University of Tromsø, 1998.
22. Bichel P, Doksum K. Mathematical statistics: Basic Ideas and selected topics. San Francisco: Holden-Day Inc, 1977.
23. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scand J Soc Med 1996;24:218-24.
24. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? J Gerontol Soc Sci 1995;50:344-353.
25. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997;38:21-37.
26. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. Annu Rev Public Health 1985;6: 147-93.

Table 1 The Finnmark intervention study. Individuals invited to the study in 1987 and 1993. The proportion of the cohort that met in 1987 and the proportion that met in 1987 and 1993. The group that met twice is divided into high-risk and low-risk group.

	Males				Females			
	Invited 1987 and 1993(<i>n</i>)	Attended 1987(<i>n</i>)	Attended 1987 (%)	Attended 1987 and 1993 (<i>n</i>) 1993 (%)	Invited 1987 and 1993(<i>n</i>)	Attended 1987(<i>n</i>)	Attended 1987 (%)	Attended 1987 and 1993 (<i>n</i>) 1993 (%)
Båtsfjord	323	241	75	53	272	223	82	14
Control	728	599	82	196	634	575	91	49
Total	1051	840	81	418	906	798	88	64
				HR* LR* Total				HR* LR* Total
				53 133 186				14 164 178
				196 286 482				49 428 478
				418 255 668				64 592 656
				58				65
				66				75
				64				72

* HR=High Risk, LR= Low Risk

Table 2 The Finnmark intervention study. Mean age, years of education and proportion with Sami origin at baseline 1987 in the cohort that met both in 1987 and 1993

	Males			Females		
	Båtsfjord	Control	Comparison Bfj/Control	Båtsfjord	Control	Comparison Bfj/Control
Age, mean	<i>n</i> = 186 47.7	<i>n</i> =482 48.6	<i>p</i> 0.231	<i>n</i> = 178 47.5	<i>n</i> = 478 47.9	<i>p</i> 0.617
Sami origin %	4.8	11.0	0.012	10.0	11.0	0.517
Education, mean years	8.7	8.5	0.358	8.6	8.4	0.403

Table 3 The Finnmark intervention study. Baseline values and changes in self-rated health, mental health variables, and preoccupation with health in the low-risk part of the cohort that met in 1987 and 1993, and answered the relevant issues both times

	Baseline 1987		Change 1987-93		Test of change			
	Båtsfjord	Control	Δ Båtsfjord	Δ Control	Δ Båtsfjord/ Δ Control	Δ Båtsfjord/ Δ Control		
	n	% total	% yes	% points	P	P adj ^b		
Males:								
Self-rated health, good	90	77.8	166	79.5	-12.2	-3.6	0.189	0.255
Mental distress	85	12.9	197	12.7	-3.5	-8.6	0.263	0.067
Satisfied with life	91	86.8	204	85.8	2.2	4.9	0.559	0.771
Lonely	90	40.0	203	34.0	-3.3	-0.5	0.643	0.963
Discussing health issues with family	74	50.0	162	51.9	5.4	2.4	0.710	0.786
Discussing health issues with others	69	30.4	150	23.3	0.0	2.0	0.777	0.709
Coping with daily life	87	79.3	194	76.3	0.0	5.7	0.402	0.531
Females:								
Self-rated health good	113	63.7 ^a	243	74.9	5.3	-3.7	0.097	0.328
Mental distress	103	29.1	293	23.9	-20.4	-9.6	0.039	0.060
Satisfied with life	111	89.2	313	89.8	4.5	1.6	0.414	0.475
Lonely	104	54.8	311	55.6	-19.2	-5.8	0.019	0.005
Discussing health issues with family	83	65.1	234	64.1	0.0	1.3	0.857	0.912
Discussing health issues with others	77	37.7	211	34.1	10.4	0.0	0.177	0.335
Coping with daily life	104	67.3	287	66.9	9.6	7.3	0.704	0.583

a: Baseline level differ significantly (p<0.05)

b: Adjusted for baseline level

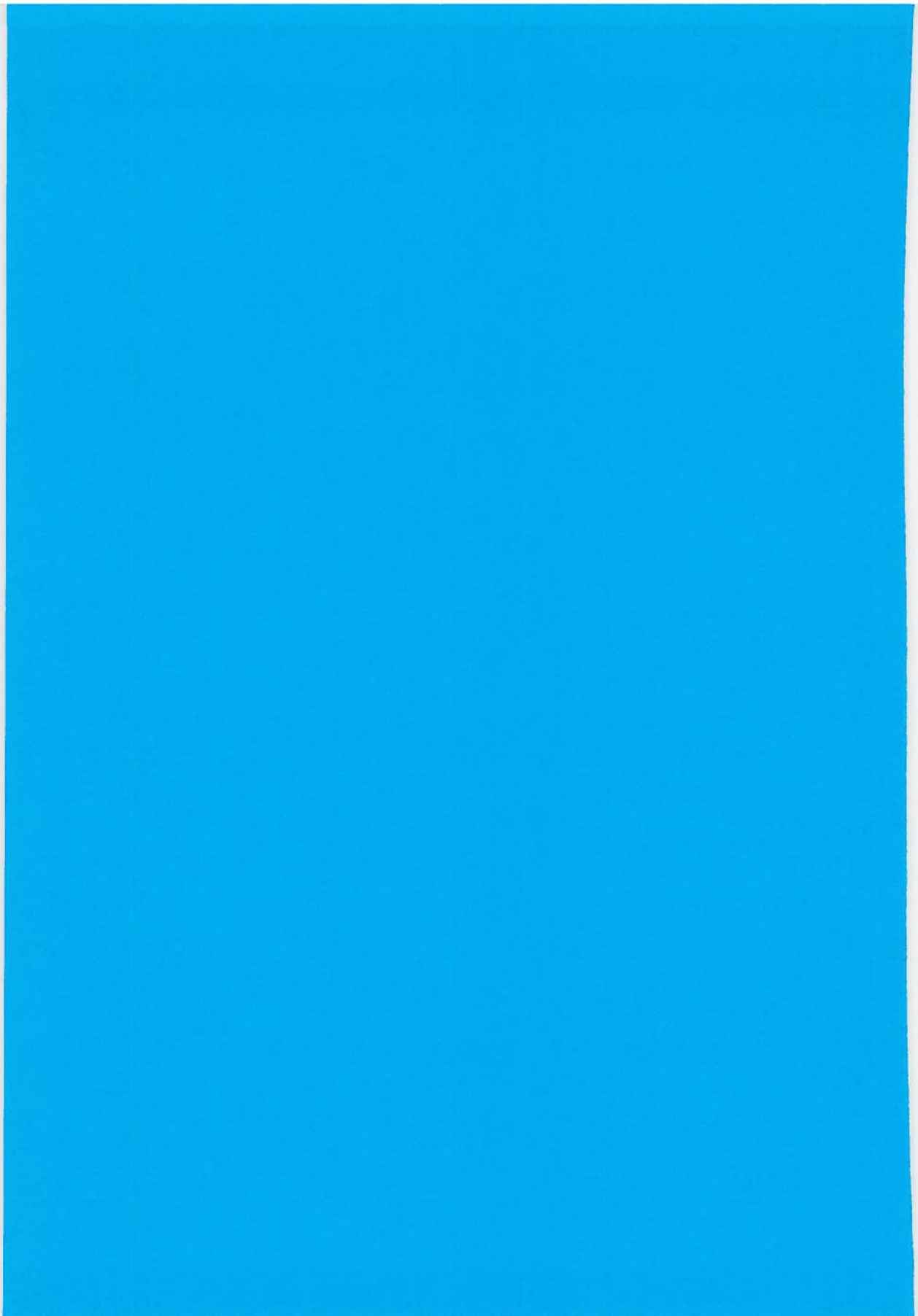
Table 4 The Finnmark intervention study. Baseline values and changes in self-rated health, mental health variables, and preoccupation with health in the high-risk part of the cohort that met in 1987 and 1993, and answered the relevant issues both times.

	Baseline 1987		Change 1987-93		Test of change	
	Båtsfjord n total	Control % yes n total	ΔBåtsfjord % points	ΔControl % points	Δ Båtsfjord/Δ Control p	Δ Båtsfjord/Δ Control p adj ^b
Self-rated health good	36	72.2 112 67.9	-8.3	-6.3	0.830	0.861
Mental distress	34	29.4 ^a 131 11.4	-20.6	-0.8	0.011	0.314
Satisfied with life	32	96.9 134 88.8	-3.1	2.0	0.361	0.721
Lonely	34	38.7 136 41.9	-14.7	5.9	0.018	0.004
Discussing health issues with family		73.1 ^a 95 48.4	7.7	3.2	0.379	0.667
Discussing health issues with others	23	30.4 89 27.0	-4.3	-1.1	0.815	0.983
Coping with daily life	33	90.9 128 85.9	-3.0	-6.3	0.716	0.360

a: Baseline level differ significantly (p<0.05)

b: Adjusted for baseline level

Arbeid 4



The Finnmark Intervention Study: Does community intervention work? Trends in CVD risk factors in Arctic Norway

Beate Søholt Lupton¹, Vinjar Fønnebo¹, Tom Wilsgaard¹ and Anne Johanne Søgaard²

¹*Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Tromsø, Norway*

²*Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway*

Correspondence: Beate Søholt Lupton, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, 9037 Tromsø, Norway
Telephone: + 47-77644818 Telefax: + 47-77644831 E-mail: beate.lupton@ism.uit.no

ABSTRACT

Aims: To investigate how a community-based intervention on cardiovascular risk score in Båtsfjord and Nordkapp, limited in time from 1988 to 1993, is influenced by the changes from 1974-1996.

Method: The study describes changes in CVD risk factors in three periods: 1974-1987 (before the intervention), 1987-1993 (short time after the intervention), and 1987-1996 (long time after the intervention). In every time period changes in the intervention municipalities Båtsfjord and Nordkapp were compared separately to changes in three control municipalities in independent cross-sectional analyses of all 40-42 year olds living in the two intervention and three control municipalities at the different points in time.

Results: There were no significant differences in risk factor change between intervention and control municipalities from 1974-1987 or from 1987-1996. In the period 1987-1993, average female systolic blood pressure in Båtsfjord decreased 6.9 mmHg, while it increased 4.1 mmHg in the control municipalities ($p=0.012$). Diastolic blood pressure also decreased 6.1 mmHg while it increased 4.6 mmHg in the control municipalities ($p=0.001$). Average male diastolic blood pressure fell 6 mmHg, while it increased 1.1 mmHg ($p=0.015$) in the control municipalities. Nordkapp did not differ from the control municipalities in the period 1987-1993, maybe due to low statistical power. All five communities together had a reduction in myocardial infarction risk score in the period 1974-1987 ($p<0.001$) in both sexes, but the reductions in risk score from 1987 to 1993 and from 1993 to 1996 were non-significant.

Conclusions: The Finnmark Intervention Study started when secular trends in cardiovascular risk factors had changed considerably already in a positive direction. After a decline in blood pressure in one municipality during the intervention period, risk factor levels merged to similar levels. Single interventions may have meagre effect, but the sum of separate intervention projects in Finnmark together with secular trends has probably played a role in the decline in cardiovascular risk factors from 1974.

INTRODUCTION

Since the registration of county-specific mortality started in Norway in 1871, the county of Finnmark in Arctic Norway has had a total mortality well above the national average.¹ This knowledge gave in 1974 rise to the first countywide cardiovascular disease (CVD) risk factor survey for both men and women in the country.² The CVD surveys have been repeated in Finnmark in 1977, 1987, 1990, 1993, and 1996 (The Finnmark Study).

In 1987, the fishing communities Båtsfjord and Nordkapp were invited to participate in a broad community-based intervention, the Finnmark Intervention Study. Previous studies of this cohort aged 20-62 in 1987, and participating in 1987 and 1993, gave the following main results: Båtsfjord had a more favourable development in systolic and diastolic blood pressure when compared to changes in three selected control municipalities³, and Nordkapp had more favourable changes in body-mass index and cholesterol.⁴

From before we know that large studies as the

North-Karelia Project, Stanford Five-City Project, the Minnesota Heart Health Program, and the Pawtucket Heart Health Program had effect on CVD risk factors.⁵⁻⁸ However, none of these studies have compared risk factor levels a long time before the intervention. Because of the repetitive surveys in the Finnmark Study, we have unique information about risk factor levels 13 years before the start of the Finnmark Intervention Study in 1988.

The aim of this study is to investigate the intervention in Båtsfjord (1988-1991) and Nordkapp (1988-1996) in a time perspective of 22 years by describing cardiovascular disease risk factor changes before, during and after the Finnmark Intervention Study.

MATERIAL AND METHOD

Material and design

The Finnmark Intervention Study (baseline 1987) had a quasi-experimental design. The intervention municipalities Båtsfjord (2500 inhabitants), and Nordkapp

(4000 inhabitants) were chosen based on local initiative, not random sampling. The control municipalities Loppa, Gamvik, and Måsøy (altogether 5000 inhabitants), were selected on the basis of similar age distribution, ethnic background, and reliance on fisheries. All municipalities were located on the coast of Finnmark – separated by deep fjords. The Finnmark Intervention Study used the data from the Finnmark Study (the third and fifth survey) for evaluation. The analyses in this paper use data from the following surveys: 1974 (first Finnmark survey), 1987 (baseline of the Finnmark Intervention Study), 1993 (end of parts of the Finnmark Intervention Study), and 1996 (the sixth Finnmark survey).

Population

The invited samples to the separate surveys in the Finnmark Study have been described previously.^{3,4,9} Although each survey included slightly differing age groups, all persons aged 40-42 were invited every time. This age group was therefore chosen for the present study, enabling us to do a cross-sectional study of the same age group in independent samples over the 22-year period. A person who had his/her systolic blood pressure measured was considered to have attended the examination. Attendance rates were higher in the early surveys than in the later ones. In 1974 84% of the males and 90% of the females attended, whereas only 51% of the males and 67% of the females attended in 1996 (table 1).

Registration of CVD risk factors

Each survey consisted of a physical examination and 1-3 questionnaires. In this paper we only use data from the physical examination and the first questionnaire (information about smoking). The first questionnaire was printed on the invitation letter and handed in at the examination. Trained personnel checked it for mistakes and misunderstanding. In 1974 and 1987 the question about smoking was as follows: Do you at the present smoke daily? If yes, do you smoke cigaret-

tes/cigars/pipe daily? In 1993 and 1996 the question was changed to: Do you smoke cigarettes daily/ do you smoke cigars daily/ do you smoke pipe daily? To analyse proportion of smokers from these latter surveys, these different types of smokers were combined.

Trained personnel measured blood pressure, weight, and height at all occasions according to a set protocol, and blood samples were taken for analyses of non-fasting blood lipids.² In the 1974 survey, blood pressure was measured twice with an Erca mercury sphygmomanometer. The last of the two was used in the analyses. From 1987, the blood pressure was measured three times using Dinamap, which records blood pressure automatically on the basis of oscillometry. The mean value of the two last measures was used for analysis. The conversion formula from Erca to Dinamap for systolic blood pressure and diastolic blood pressure is:¹⁰

- Systolic blood pressure Dinamap = (systolic blood pressure Erca - 4.963) / 0.968
- Diastolic blood pressure Dinamap = (diastolic blood pressure Erca - 23.291) / 0.754.

Throughout the 22-year period, blood samples were sent to the same laboratory. In 1987 the laboratory changed to an enzymatic method in the cholesterol analysis. The conversion formula from the old method to the enzymatic method is:¹¹

- Serum cholesterol (mmol/l) Enzymatic method = 0.92 * (old method) + 0.03.

The laboratory has used international standardisation laboratories as reference. Height and weight were measured to the nearest cm and half-kilogram.²

After the Norwegian Regional Ethical Committee was established, it has approved all the surveys in Finnmark.

Intervention

The interventions in Båtsfjord and Nordkapp during the Finnmark Intervention Study have been described extensively previously.^{3,4} In short they were as follows:

Table 1. The Finnmark Study 1974-96. Invited and attendees at the different surveys.

		1974		1987		1993		1996	
		Invited n	Attended n (%)	Invited n	Attended n (%)	Invited n	Attended n (%)	Invited n	Attended n (%)
Males	Båtsfjord	43	35 (81)	75	52 (69)	61	46 (75)	50	26 (52)
	Nordkapp	67	56 (84)	91	61 (67)	86	49 (57)	78	42 (54)
	Control	108	92 (85)	136	100 (74)	104	72 (69)	107	52 (49)
	Total	218	183 (84)	302	213 (71)	251	167 (67)	235	120 (51)
Females	Båtsfjord	48	42 (88)	59	49 (83)	44	34 (77)	42	30 (71)
	Nordkapp	81	73 (90)	68	57 (84)	74	62 (84)	65	45 (69)
	Control	66	60 (91)	94	80 (85)	86	61 (71)	69	43 (62)
	Total	195	175 (90)	221	186 (84)	204	157 (77)	176	118 (67)

Båtsfjord

The main aims were:

- To mobilise the inhabitants to participate in health promoting activities
- To change environmental factors influencing health
- To reduce CVD risk factors

Non-Government Organisations were invited to define health problems, suggest solutions, set priorities and agree upon responsibility for the different activities, and a wide variety of activities were arranged together with these organisations.^{13,14}

Individual counselling about diet, smoking, and physical activity was given to high-risk individuals detected at the surveys in 1987, 1990 and 1993, and in ordinary consultations with general practitioners.

Nordkapp

The main aims were:

- To reduce accidents and improve working conditions on fishing boats and in the fishing industry
- To reduce CVD risk factors

Focus was first centred on improvement of working conditions, while individual counselling was emphasised after 1990.

Outcome measurements

Mean cholesterol, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, mean proportion of daily smokers, and a myocardial infarction risk-score are used as outcome measurements in this paper. The risk-score is a multiplicative model with a factor for serum cholesterol (range 1-25), systolic blood pressure (range 1-4.5), cigarettes smoked pr. day (range 1-4), and sex (males=5 and females=1). The National Health Screening Service has used this risk-score in its cardiovascular surveys from 1974 onwards.^{2,12} Some slight changes were made in the factor values for blood pressure and cigarettes, and a family factor was included in 1985. However, these adjustments have not been used for the scores in this paper.

Statistical power

The sample size was given by the Finnmark Study. We have calculated the differences possible to detect in all over time differences with this given sample size for some of the outcome measurements. With a power of 0.8 and a significance level of 0.05 it was 8 mmHg for systolic blood pressure, 6 mmHg for diastolic blood pressure, 0.7 mmol/l for cholesterol and a change of 25% points in the proportion of daily smokers.

Statistical analyses

All analyses were done on independent cross-sectional samples aged 40-42 years at the different surveys. Sex-specific multiple linear regression analyses were

carried out for the continuous variables with time and intervention/control municipality as predictors. Logistic regression analyses were carried out for smoking, the only dichotomous variable. In the regression analyses, a significant interaction between municipality and time-span means a different development in the respective intervention municipalities compared to the control municipalities. The risk-score is not normally distributed and was logarithmically transformed. The geometric mean was used in the analyses. The year 1987 (baseline for the intervention) and the control municipalities are reference points for the analyses. The two intervention municipalities are compared separately to the control municipalities during the different time-spans. The risk-score was used in a multiple linear regression analysis to examine the change in overall trend of the five municipalities over the 22-year period.

RESULTS

There were no differences in change in CVD risk factors between intervention and control municipalities from 1974 to 1987 or from 1987 to 1996 (table 2). In the period 1987-1993 (during the intervention), females in Båtsfjord reduced systolic blood pressure by 6.9 mmHg, while systolic blood pressure increased in the control municipalities by 4.1 mmHg ($p=0.012$). They also reduced diastolic blood pressure by 6.1 mmHg while diastolic blood pressure increased in the control municipalities by 4.6 mmHg ($p=0.001$). In the intervention period (1987-1993), males in Båtsfjord reduced diastolic blood pressure by 6 mmHg, while diastolic blood pressure increased in the control municipalities by 1.1 mmHg ($p=0.015$). This was the only difference found between Båtsfjord and control municipalities in any variable or time-span. Nordkapp did not differ from the control municipalities in any variable or time-span (table 2).

Multiple linear regression analyses of change in ln transformed risk-score showed an overall reduction between 1974 and 1987 of 17.6 ($p<0.000$) in males, and 1.7 in females ($p<0.000$). The overall reduction in risk-scores from 1987 to 1993 and from 1993 to 1996, were non-significant (figure 1).

DISCUSSION

The present study shows that the CVD risk factors in Finnmark County were undergoing substantial reductions before The Finnmark Intervention Study started in 1988. In spite of this the development in blood pressure in the intervention period was more favourable in Båtsfjord compared to the control municipalities, whereas no effects of the intervention were observed in Nordkapp. No differences between intervention and control municipalities were still discernible in 1996.

Bias**Selection bias**

Possible selection bias in the choice of intervention and control municipalities has been discussed previously.^{3,4} In this long-term cross-sectional monitoring of risk factor developments it is important to evaluate whether the persons attending the surveys are representative of the underlying population. The attendance rate fell substantially from 1974 to 1996 (table 1). From previous studies of cohorts in the same population, we know that those only attending once smoked more.³ This might be a marker for an unhealthy life style among non-attendees. In that case the study would slightly exaggerate the improvements in CVD risk factors over the 22-year period. In the Oslo Health Study the overall prevalence of risk and disease estimates and the distribution of socio-demographic variables, changed very little after reminder rounds.¹⁶ Increasing the attendance rates from 60% to 70% did not have large impact on prevalence figures in the Norwegian Women and Cancer study.¹⁷ Most likely the reduction in attendance rate does not grossly change overall prevalence of risk factors.

Information bias

In all communities and through all the surveys, the blood testing was performed in the same manner and

the samples were analysed at the same laboratory. The analytic method of measuring cholesterol and the measuring method for blood pressure were changed from 1974 to 1987. The question on daily smoking was changed from 1987 to 1993. These changes were accounted for in the data analysis.

Self-reported smoking has been validated and judged as having high sensitivity and specificity among adults.¹⁸ The risk-score, called the Westlund myocardial infarction risk-score, has been validated and is found to show strong prediction of mortality in a 21 year follow up of the Oslo Study.¹⁹

Most data collected from the examination are prone to seasonal change. It has been an intention to perform the examinations in the various municipalities at the same time of the year throughout the whole period. This has been the case for the two first examinations and as far as possible for the four later examinations.

Comparison with other studies

No other intervention studies have data on their intervention and control population 13 years before the controlled intervention started. Neither of the previously mentioned community intervention studies had any possibility to set their intervention study into a longer pre-intervention time perspective.^{6-8,20} The North Karelia Project and the Stanford Five-City

Table 2. The Finnmark Study 1974-1996. Multiple Regression analyses of change in systolic blood pressure, cholesterol, and score ln. Logistic Regression analyses of change in proportion daily smokers. The year 1987, baseline for the intervention, is reference.

		Males				Females			
		Δ1974-1987	1987	Δ1987-1993	Δ1987-1996	Δ1974-1987	1987	Δ1987-1993	Δ1987-1996
Cholesterol mmol/l	Båtsfjord	-0.4	6.3	-0.3	-0.1	-0.9	5.7	0.0	0.1
	Nordkapp	-0.7	6.4	-0.5	-0.5	-0.7	6.1	-0.5	-0.6
	Control	-0.7	6.5	-0.2	-0.1	-0.4	6.2	-0.3	-0.3
	p for equality	0.701		0.465	0.364	0.237		0.481	0.140
SBP mmHg	Båtsfjord	2.8	138.5	-5.6	-1.1	-5.5	126.9	-6.9*	-0.1
	Nordkapp	-5.4	130.4	3.3	-0.3	-8.8	122.1	2.6	2.8
	Control	-1.4	135.2	-0.2	0.3	3.8	125.7	4.1	0.9
	p for equality	0.163		0.108	0.980	0.416		0.020	0.741
DBP mmHg	Båtsfjord	2.1	85.6	-6.0*	-1.8	2.6	80.7	-6.1*	-3.4
	Nordkapp	-1.7	78.8	2.6	-2.6	3.9	77.4	-0.8	-0.8
	Control	-0.2	82.7	1.1	-1.9	0.8	77.2	4.6	1.3
	p for equality	0.493		0.015	0.930	0.536		0.003	0.380
MI risk-score	Båtsfjord	-14.0	29.0	-6.0	-3.0	-2.4	3.1	-0.2	-0.1
	Nordkapp	-22.0	25.0	-1.0	-4.0	-2.4	3.7	-0.2	-0.7
	Control	-17.0	31.0	-3.0	-4.0	-0.6	4.2	-0.3	-0.7
	p for equality	0.598		0.823	0.867	0.112		0.992	0.797
Daily smoking percentage	Båtsfjord	-16.8	50.9	12.1	6.8	-21.4	46.0	24.6	7.3
	Nordkapp	-8.6	58.1	7.2	2.4	-6.8	62.1	10.5	2.3
	Control	-15.2	58.5	-0.2	-12.3	3.0	59.5	7.2	5.6
	p for equality	0.423		0.596	0.337	0.181		0.455	0.948

* The difference between Båtsfjord and Control municipalities is significant $p < 0.05$

Project have however, been able to demonstrate a persistent difference in risk factor levels up to 10 years after the intervention started. These were the earlier studies and the secular trends were not so strong. In the Minnesota Heart Health Program, no long-term risk factor differences were found. The researchers were surprised that secular trends were stronger than the hypothesised effect of the intervention. They conclude that the program was unable to generate enough additional exposure in a large enough proportion of the population to exceed the remarkably favourable secular trends.⁷

Discussion of results

The failure to show substantial long-term differences in risk factor levels between intervention and control municipalities might be due to:

- Strong general declining trends
- Crossover of intervention effects
- Failure of the intervention method (program, theory, measurement)

Strong general declining trends

This study has shown that the intervention study occurred within a strong decreasing trend in both intervention and control municipalities for cholesterol, blood pressure, daily smoking among males, and Westlund risk-score. The largest changes in coastal Finnmark had actually occurred before the intervention study started (figure 1). Health education and health promotion at various levels in the period 1974-1987 could partly be responsible for the downward trend. Repetitive health surveys as in the Finnmark Study could in itself prompt health-promoting behavioural

changes, which was one of the intentions in the Finnmark Study. In conjunction with the surveys the county medical officer was responsible for general health education. High-risk intervention was the responsibility of the local GP's. But low local interest in some communities, heavy workload for the GP's and a high turnover of health personnel, limited the intensity of these efforts.²¹ But despite this, the level of several risk factors greatly declined in Finnmark.²²

Crossover of intervention effects

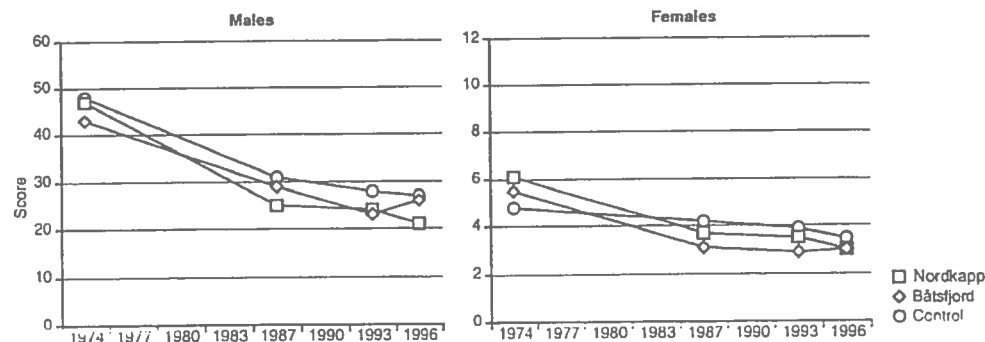
We have previously described the possible crossover effect present in this intervention study.^{3,4} Although some crossover is inevitable, we think the geography and communication of the county, minimized this effect in the intervention period. But after the intervention period, people in the control municipalities might have adopted some of the messages, thus camouflaging possible long-lasting effects of the intervention. Such a "delayed change" in the control municipalities was observed regarding coffee drinking. The inhabitants in the intervention municipalities made a marked change from boiled to filter coffee between 1987 and 1990 after information about the association between cholesterol and boiled coffee. The corresponding change happened in the control municipalities between 1990 and 1993.²³

Possible faults of the intervention method

According to Green and Lewis an evaluation may fail to detect an acceptable level of change due to program failure, theory failure, and/or measurement failure.²⁴

Program failure and theory failure have been extensively discussed in the process evaluation of the intervention.²⁵ In short we would like to elucidate

Figure 1. The Finnmark Intervention study 1974-1996. Change in geometric mean of Westlund myocardial infarction score in cross-sectional samples of 40-42 year olds. Multiple linear regression analyses of ln transformed score.



No difference between municipalities in any time span, both sexes. All over time difference between 1974 and 1987, both sexes, $p < 0.000$. All over time difference in the periods 1987-1993 and 1993-1996, n.s.

some points. The theory of empowerment and bottom up strategies, which were used in the interventions, was difficult to implement in the hierarchical structure of the health service, the local public administration and the fisheries dominated by private enterprise. In addition, the project leaders did not fully understand the theoretical base for this approach. On the other hand this approach released unknown strengths among individuals and organisations, very useful for the fulfilment of the interventions. The theoretical basis was probably sound enough, but there was a lack of clear strategy as to how one should proceed through the different phases of the intervention. The road was made as we moved on, so to speak.

The intervention in Båtsfjord was terminated in the summer 1991. A possible programme failure could be that the intervention lasted too short. It takes time to change life-style and even longer time to observe population-based changes in risk factors.²⁴ Another type of programme failure could be the crossover of intervention effects which has been discussed above.

The National Health Screening Service decided to a large extent the basis sample size. Due to the bottom up structure of the project, intervention also happened in age groups not selected for analysis. If the intervention effect more or less had been confined to the age groups not included in the relevant survey, a type II error would have been presented. We have, however, little reason to believe that the analysed age groups have not been affected by the intervention.

Another possible measurement failure could be low statistical power. The sample size of the analysed 40-42 years old was small and the differences possible to detect within this given sample size is probably larger than we could expect to achieve through an intervention of this type. The age group 40-49 years also met at all surveys, but this group was a mixture of dependent and independent observations. The methods available for such analyses are complicated and for this reason we restrained from using them. Low power of the analyses might be the reason for no significant changes found in Nordkapp and the few changes found in Båtsfjord during the interventions period. Other possible measurement failures have been discussed under information bias.

The reason why not further effects were found was probably due to a combination of strong secular trend, crossover and weakness in program and theory. On the other hand, small interventions like the present one might be important catalysts for general secular trends and for agenda setting, as seen in the question of change from boiling coffee.

In the more comprehensive North Karelia project a reduction in smoking and blood pressure compared to the reference population was seen during the first 10 years of intervention.²⁶ Later the differences between

intervention and control municipalities disappeared. The North Karelia Project functioned, however, as a national demonstration program and gave rise to national activities in the prevention of CVD.²⁰ This could be a contributing cause to the much steeper reduction in cardiovascular mortality in Finland than in the rest of Scandinavia. On a much smaller scale the Norwegian situation is similar. In 1974, the males in Finnmark had the highest risk-score in the country, double the level in the county of Sogn & Fjordane on the west coast. In 1996 the risk-score in Finnmark was only 1.5 times higher.²⁷

In a paper about health promotion research Aaro discusses the fact that many health education efforts have been evaluated, often with meagre results.²⁸ He claims that although behavioural change seen after a single, separate intervention often is negligible, the sum of such actions leads to gradual changes in the climate of opinions and social norms. Together with the secular trend caused by a lot of factors at national, regional and community level, the sum of separate, limited intervention projects in Finnmark have probably played an important role in the considerable decline in CVD risk factors which have taken place since the early seventies.

We do not know whether the Finnmark Intervention Study in itself has contributed to the general secular trend in the area. But the total of the different ways of focusing the problem of high cardiovascular mortality throughout the 22 years might have resulted in the steeper reduction in the Westlund MI risk-score in Finnmark than in Sogn & Fjordane.

CONCLUSION

The Finnmark intervention started when secular trends in coronary risk factors already had changed considerably in a positive direction. After a decline in blood pressure in one municipality during the intervention period, risk factor levels again merged to similar levels. The secular trend is, however, the result of more comprehensive health promotion activities and smaller interventions, like the one in Arctic Norway. The future of community interventions should therefore be looked upon in a broader perspective than the results of this single intervention.

ACKNOWLEDGEMENT

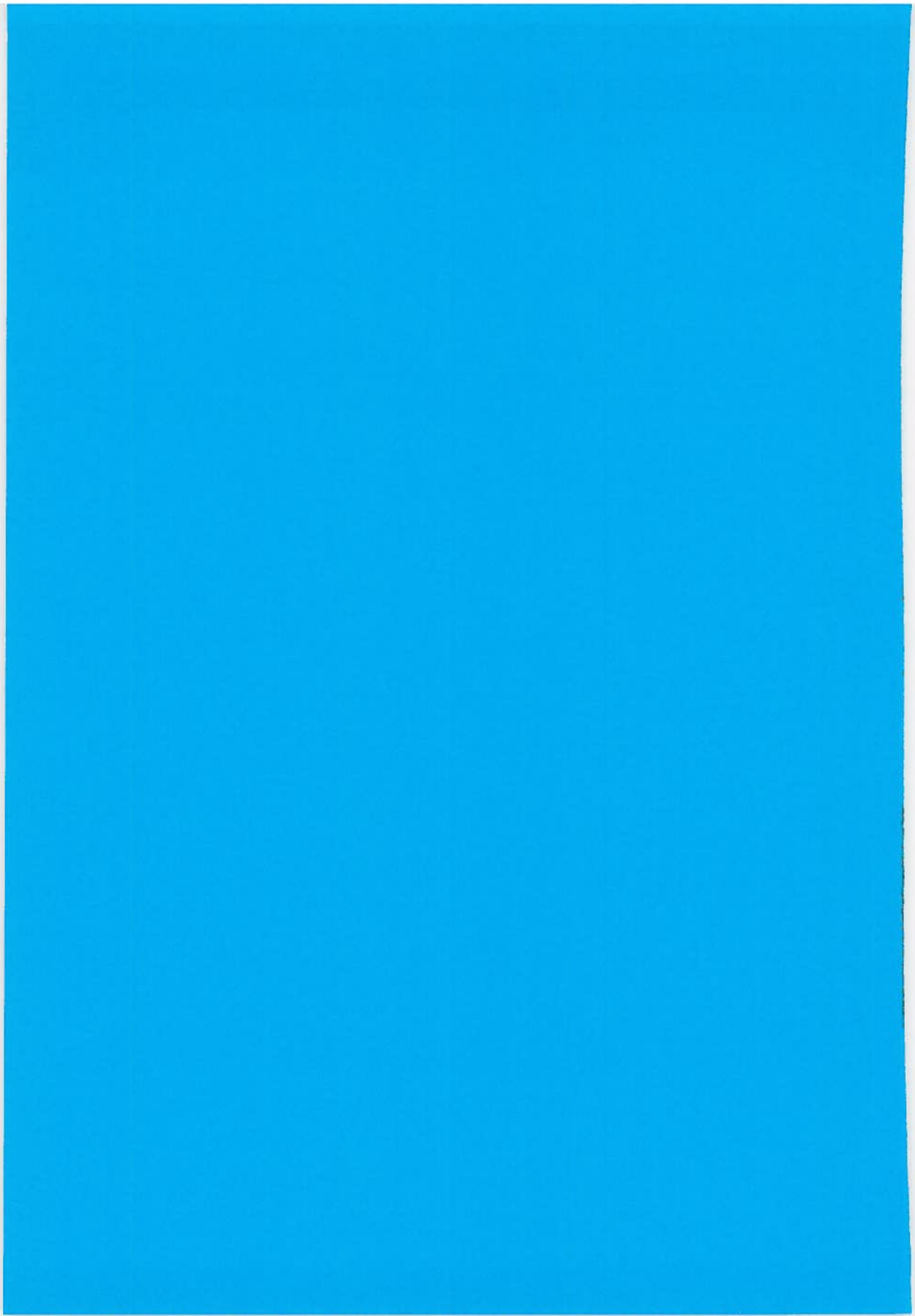
The Programme "Health and Inequality in Finnmark", The Department of Social Affairs and Health, The Programme for "Research and Development in Primary Health Care in North Norway", The National Health Association, and the University of Tromsø, founded and supported this work. The National Health Screening Service collected the data and prepared the files throughout the 22 years. We thank them all for their contributions.

REFERENCES

1. Forsdahl A. Momenter til belysning av den høye dødelighet i Finnmark fylke. Kan den høye dødelighet i dag være en senfølge av meget dårlige levevilkår i barne- og ungdomsalder? [Points which enlighten the high mortality rate in the county of Finnmark. Can the high mortality rate today be a consequence of bad conditions of life in childhood and adolescence?] *Tidsskr Nor Lægeforen* 1973; 93: 661-7.
2. Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T, Lund-Larsen PG. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Background and organization. *Acta Med Scand Suppl* 1979; 634: 1-70.
3. Lupton B, Fønnebø V, Søgaard AJ. The Finnmark intervention study: Is it possible to change CVD risk factors by community based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health* 2003; 31: 178-86.
4. Lupton B, Fønnebø V, Søgaard AJ, Langfeldt E. The Finnmark Intervention Study. Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 213-8.
5. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. *The North Karelia project. 20 year. Results and experience.* Helsinki: The National Public Health Institute, 1995.
6. Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: the Stanford Five-City Project. *Am J Public Health* 1996; 86: 1773-9.
7. Luepker RV, Murray DM, Jacobs-DR Jr, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994; 84: 1383-93.
8. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, McKinlay S. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995; 85: 777-85.
9. Westlund K, Søgaard AJ. *Helse, livsstil og levekår i Finnmark [Health, lifestyle and living conditions in Finnmark].* Institute of Community Medicine Report Series. Tromsø: University of Tromsø 1993; 28.
10. Lund-Larsen PG. Blodtrykk målt med kvikksølvmanometer og med Dinamap under feltforhold – en sammenligning [Blood pressure measured with sphygmomanometer and with Dinamap under field conditions – a comparison]. *Norsk Epidemiologi* 1997; 7: 235-41.
11. National Health Screening Service et al. *The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Results from the second screening.* Oslo: National Health Screening Service 1988, Report.
12. National Health Screening Service. *Håndbok for hjerte-karundersøkelsen [Handbook for the cardiovascular surveys].* Oslo: National Health Screening Service, 1981.
13. Lupton B. *Helse og trivsel i Båtsfjord. Et nærmiljøbasert forebyggende prosjekt i en fiskerikommune i Finnmark. [Health and Well being in Båtsfjord, a community based intervention project in a coastal community in Finnmark].* Vadso: The County Medical Officer's office of Finnmark. 1995:1. Report.
14. Henriksen N, Søgaard AJ, Fylkesnes K. The Finnmark Intervention Study. Design, methods and effect of a 2 year community-based intervention. *Eur J Public Health* 1995; 5: 269-76.
15. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. Folkhälsoarbetet behöver nya utvärderingsmodeller. Primärvårdsstödda program når djupare än storskaliga kampanjer. [Public health work needs new evaluation models. Primary care projects are more effective than large scale campaigns.] *Läkartidningen* 1998; 95: 3812-6.
16. Selmer R, Søgaard AJ, Bjertness E, Thelle D. The Oslo Health Study: Reminding the non-responders – effects on prevalence estimates. *Norsk Epidemiologi* 2003; 13: 89-94.
17. Lund E, Gram IT. Response rate according to title and length of questionnaire. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 154-60.
18. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994; 84: 1086-93.
19. Hølme I, Håheim LL, Hjermand I. Prediksjonsfunksjoner for 21 års utvikling av hjerteinfarkt fra Osloundersøkelsen 1972/73. [A comparison of predictors for 21-year incidence of myocardial infarction in Oslo, Norway.] *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1050-3.
20. Salonen JT. Prevention of coronary heart disease in Finland – application of the population strategy. *Ann Med* 1991; 23: 607-12.
21. Kvamme JI, Haider T, Øygard K, Høy C. *Hjerte kar undersøkelsen i Finnmark: Et eksempel på forebyggende helsearbeid. [The Finnmark cardiovascular survey. An example of public health work.]* Vadso: The County Medical Officer's office of Finnmark. 1978. Report.
22. Wøien G, Fosse M, Petersen V. *Hjertesaken. Rapport om den 6. hjerte-kar undersøkelsen i Finnmark. [The Heart Cause, Report from the 6th Cardio-vascular Survey in Finnmark.]* Oslo: National Health Screening Service, 1998. Report.
23. Lupton B. Effects of community based intervention on coffee consumption. Conference on the status of Nordic Health Promotion Research, Bergen 22-24 August 1996. Abstract
24. Green L, Lewis FM. *Measurement and evaluation in Health Education and Health Promotion.* 1986: 252-6.

25. Henriksen N. *Fra enetale på helsesenteret til samtale i sjarken. [From a Monologue at the Health Center to a Conversation on the Fishing Boat.]* Tromsø: University of Tromsø, Norway, 1998, Thesis.
26. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Salonen J. Ten years of the North Karelia project. *Acta Med Scand Suppl* 1985; 70: 166-71.
27. Wøien G, Øyen O, Graff-Iversen S. 22 år med hjerte- og karundersøkelser i norske fylker. Bør vi være tilfreds med den utviklingen vi har hatt? [22 years of cardio-vascular surveys in Norwegian counties. Is the development in risk-factors satisfactory?] *Norsk Epidemiologi* 1997; 7: 255-66.
28. Aarø LE. Research on health promotion and lifestyles. *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja* 1988: 19-32.

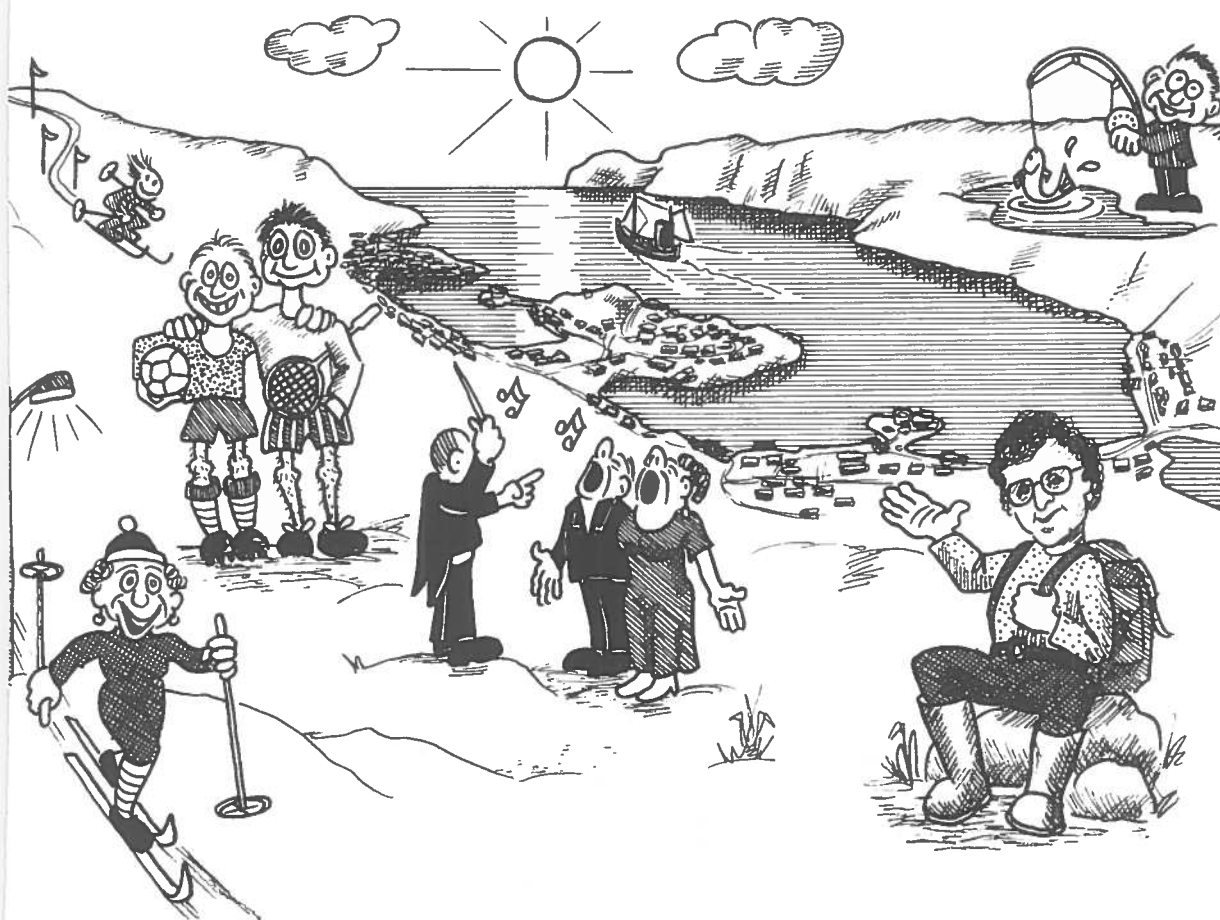
Arbeidsboka



Arbeidsbok laget på grunnlag
av to «idé-dugnader» i samar-
beid med lokalbefolkningen i
Båtsfjord høsten 1988



**HELSE
OG TRIVSEL**
i **BÅTSFJORD**



©ARBEIDSBOKMETODEN
ORAUG & RUTLEDAL A/S

FORORD

FORMÅL MED ARBEIDSBOKA

HELSE OG TRIVSEL er to sider av samme sak. Med denne boka som utgangspunkt kan vi diskutere sammen i grupper hvordan vi kan påvirke vår egen helse og miljøet rundt oss. Vi har stor tro på at folk flest har viktige bidrag å komme med. Vi kan lære av hverandres ideer og erfaringer.

HVORDAN GÅR VI FRAM?

1. Vi inviterer alle interesserte grupper i Båtsfjord til å ta for seg arbeidsboka. Dere kan jobbe i organisasjonen, i foreningen, i laget, på arbeidsplassen, i skoleklassen, i familien og i nabolaget.
2. Vi vil gjerne ha mange gode forslag, men dere trenger ikke gå inn på alle temaene i boka. Ta for dere de som er mest aktuelle for dere!
3. Diskuter gjerne arbeidsboka i forbindelse med vanlige møter i din organisasjon eller på din arbeidsplass (styremøter, personalmøter, medlemsmøter etc.).
4. For å få tilskudd til prosjektet fra Voksenopplæringsmidler er det nødvendig å få vite noe om tid og deltakere på diskusjonsmøtene. Derfor er det viktig at feltet til venstre på neste side fylles ut! Fyll også ut side 24!

5. Bare én arbeidsbok fra hver diskusjonsgruppe sendes til:

Prosjekt "HELSE OG TRIVSEL I
BÅTSFJORD
Boks 17
9991 Båtsfjord

eller leveres på vårt kontor i "Bibliotekbygget".

Frist for innlevering: Innen 1. mai:

**ALLE INNLEVERTE ARBEIDSBØKER BLIR
MED I TREKNINGEN AV EN PREMIE !**



Fyll ut:

DISKUSJONSMØTER

Første møte: _____

dato: _____ Antall timer: _____

Sted _____

Vi diskuterte sidene: _____

	Antall timer	Vi diskuterte sidene:
2. møte:	_____	_____
3. møte:	_____	_____
4. møte:	_____	_____
5. møte:	_____	_____

Møtedeltakernes navn:

Vi representerer (navn på lag, forening, klubb, skole (klasse), arbeidsplass, osv.):

INNHold:

	Side
Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
Tema 1: Møsjon	4
Tema 2: Kosthold	6
Tema 3: Røyking	8
Tema 4: Alkohol	10
Tema 5: Arbeidsplasser	12
Tema 6: Arbeidsmiljø	14
Tema 7: Fagfolk/utdanning	16
Tema 8: Ulykker	18
Tema 9: Hvordan har vi det med hverandre?	20
Notater	22
Prioriteringsliste	24

Svarfrist: 1. mai

Tegningene er laget av Rolf B. Eriksen

Tema 1: **Mosjon**

MOSJON GIR TRIVSEL OG VELVÆRE!

Det mosjoneres mye i Båtsfjord. Men det er fortsatt grupper som ikke har noe tilbud! Erfaringer viser at de som blir opptatt av å mosjonere og å holde seg i form, de blir også opptatt av andre helsespørsmål som f.eks. riktigere kosthold, mindre alkoholforbruk, mindre røyking osv.

Særlig viktig er fysiske aktiviteter som gjøres sammen med andre. Det øker det sosiale fellesskapet og følelsen av velvære!

Vi har idrettshall, svømmehall, gym.sal og to lysløyper. Dette gjør det mulig for barn og ungdom helt fra 3-års alderen å bruke mye av fritida si til idrettsaktiviteter. Grappa 8-12 år bruker 50% av tida til idrett. Gutter fra 15-19 år bruker 45% av fritida si til idrettsaktiviteter, og jenter fra 15-19 år, 34%. Det forventes at skitrekking som er satt opp i Nordskogen, vil øke disse prosentene noe.

På grunn av værforholdene i Båtsfjord er det viktig å tilrettelegge forholdene for mosjonistene!



Snømaking er også mosjon!



Det er kombinasjonen mosjon og kosthold som gir størst helsegevinst!

“TØY UT !” Vi legger til rette for mosjon for alle!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
1. Hva slags tilbud savner vi fortsatt? - vinteraktiviteter? - sommeraktiviteter?	
2. Hva kan <u>vi</u> gjøre for å sette i gang de savnede tilbudene/aktivitetene?	
3. Er det aldersgrupper/ grupperinger som mangler aktivitetstilbud?	
4. Er det noe som <u>hindrer</u> enkelte fra å delta i eksisterende aktiviteter, f.eks. barnevakt, transport e.l.?	
5. Gi noen ideer til hvordan din arbeidsplass kan stimulere til mosjonsaktiviteter?	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Tema 2: Kosthold

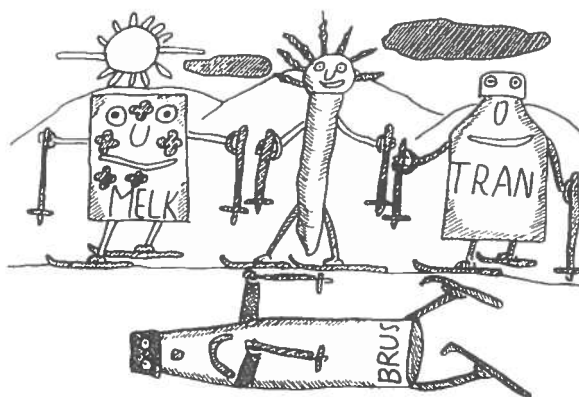


VI HAR FORBEDRET KOSTHOLDET VÅRT!

Mens Finnmark i 1975 lå meget høyt når det gjelder kolesterol-mengde i blodet og hjerteinfarkt, viser statistikken at vi nå er kommet ned på det nivå Sogn og Fjordane hadde for 10 år siden. Dette skyldes blant annet at vi har forbedret kostholdet. Folk i Båtsfjord bruker mindre fett i maten. I tillegg drikkes det nå mye lettmelk.

Frømdeles er det mange som har høyt kolesterol!

Kolesterol er et stoff som det blir mye av i blodet når vi spiser feit mat. Høyt kolesterol skaper forkalkninger og innsnevninger i blodårene, noe som leder til hjerte- og kar-sykdommer, f.eks. hjerteinfarkt. Det er særlig margarin, smør, helmelk, feite oster, fett kjøtt og snacks som bidrar med mesteparten av fett i kostholdet.

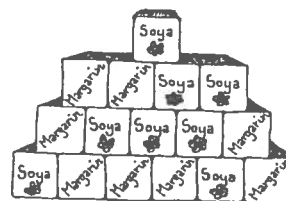


"Fra boknafisk til pizza".

En kostholdsundersøkelse i 1986 viser at Båtsfjords befolkning har lett for å endre spisevaner. Reker, lodderogn og pizza er nå "vanlig" blant de fleste. Dette viser at båtsfjordingene lett vil kunne tilpasse seg helsevennlig kost med bl.a. mer frukt, salater og grønnsaker, i tillegg til mye fisk, brød og poteter.

En lettmelk-drikker får i seg 4,2 kilo mindre fett i året enn en helmelk-drikker.

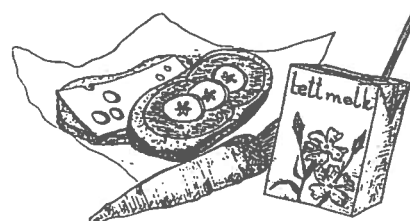
En skummet-melk-drikker sparer kroppen sin for 6,7 kilo fett i året i forhold til en helmelk-drikker.



Helsevennlig mat må være tilgjengelig!

Grovbrød og mager melk er ikke lett å få tak i dersom butikkene ikke tar inn nok. Reinkjøtt som er magrere enn lammekjøtt kan også være vanskelig å få kjøpt. På et gatekjøkken er det ofte mangel på helsevennlige valgmuligheter. Da hjelper det ikke med kunnskaper om riktig kosthold. Noe må gjøres med tilgjengeligheten.

FORTSETT Å DRIKKE MINDRE FETT



Helsevennlig kosthold gir overskudd i hverdagen!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
<p>1. Mat fra gatekjøkken og kantiner kan bli sunnere, og vi trenger spennende, små spisesteder på skolen og andre steder. Hvordan kan vi få til dette? Hvordan tar vi opp kampen mot et dårlig gatekjøkkentilbud?</p>	
<p>2. Matpakke og melk er upopulært på ungdomsskolen i Båtsfjord. Hva er årsaken, og hvordan kan vi snu utviklingen?</p>	
<p>3. Selv om vi har forbedret oss de siste 10 årene, viser Hjerte-/karundersøkelsene at vi i Båtsfjord fortsatt bruker mye fett og sukker i maten.</p> <p>a) Hva kan vi gjøre med dette innen familien? I skolen?</p> <p>b) Hvordan kan vi påvirke vareutvalget i butikkene?</p> <p>c) Har dere forslag til andre tiltak?</p>	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Tema 3: Røyking

FORTSATT HAR VI MANGE VANERØYKERE

De siste 12-13 årene har også antallet røykere gått ned i Finnmark. Men vi ligger likevel på toppen i landssammenheng når det gjelder dagllgrøykere! Det er vanskelig å slutte å røyke. Derfor er kanskje det viktigste vi kan gjøre å forsøke å unngå at man begynner å røyke. Undersøkelser i Båtsfjord viser at 50% av jentene i ungdomsskolen er vanerøykere. Årsaker til dette høge tallet er at mange av vennene røyker. Dette kan også ha sammenheng med at det er svært mange voksne som røyker i Båtsfjord.

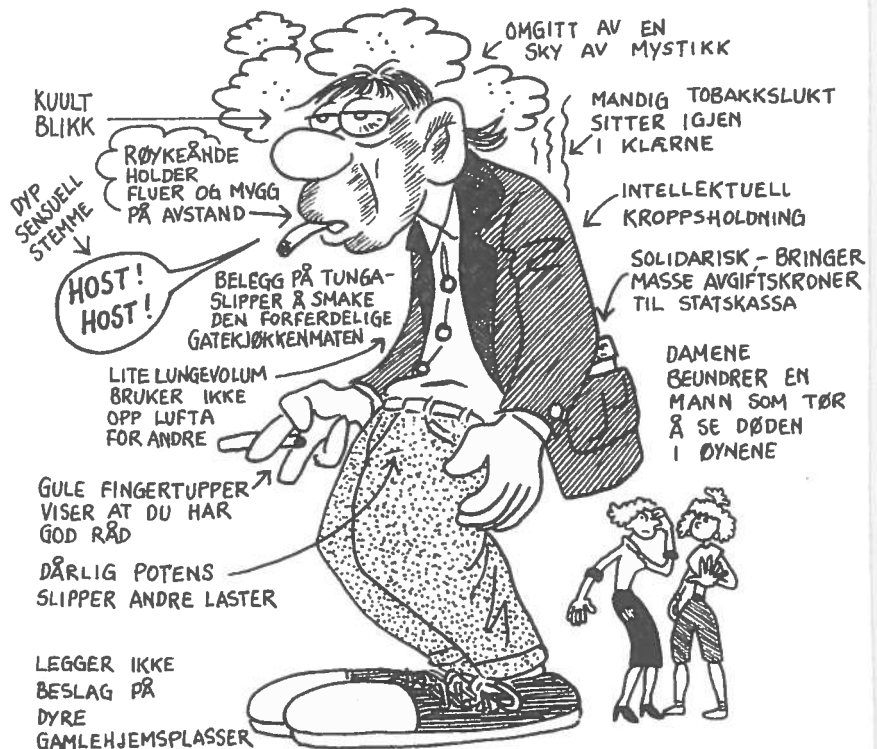
Passiv røyking.

En sigarett som tenner i et lite rom, gir like mye luftforurensning som biltrafikken i Oslo sentrum. Passiv røyking påvirker alle, men er farligst for spedbarn, småbarn og hjerte-/lungesyke.

Røykepass.

I Arjeplog i Sverige får elevene på ungdomsskolen lov til å røyke i et lite avgrenset område på skoleplassen, røykeruta. Men dette kan bare de elevene som har "røykepass". Dette fås hos rektor etter at foreldrene har skrevet under på at barna får lov til å røyke.

FORDELENE VED Å RØYKE



FOR IKKE Å SNAKKE OM ALLE DE INTERESSANTE SYKDOMMENE DU KAN PÅDRA DE

RØYKING ER TØFT!!

Røykfritt er herlig! ?

Spørsmål og påstander

Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.

1.
Undersøkelser viser at det i Båtsfjord er stadig flere jenter som begynner å røyke i ungdomsskolen.

- a) Hva kan elever/lærere og skolen gjøre med dette problemet?
- b) Hva kan gjøres fra foreldrenes side?

2.
En stor del av befolkningen i Båtsfjord røyker

- a) Hvordan kan vi redusere "røykepresset" på arbeidsplassene; skoler, barnehager, offentlige kontorer, helseetaten, fiskeindustrien, fiskebåter, kafeer og restauranter?
- b) Hva kan vi gjøre for aldersgruppen 10 - 16 år?
- c) Hva kan vi gjøre for den voksne del av befolkningen i Båtsfjord?



Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Gøy uten alkohol !

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
<p>1. Det drikkes mye alkohol i Båtsfjord, som på de andre stedene i Finnmark.</p> <p>a) Hva kan årsaken til dette være?</p> <p>b) Hva kan gjøres for å senke forbruket i Båtsfjord?</p> <p>c) Hva kan jeg/vi gjøre for å senke mitt/vårt alkoholforbruk?</p>	
<p>2 I den senere tid har misbruket av alkohol økt blant unge i Båtsfjord.</p> <p>a) Hva kan ungdommen selv gjøre med dette problemet?</p> <p>b) Hva kan foreldrene gjøre med dette problemet?</p> <p>c) Er det andre som kan være med på å løse dette problemet?</p>	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

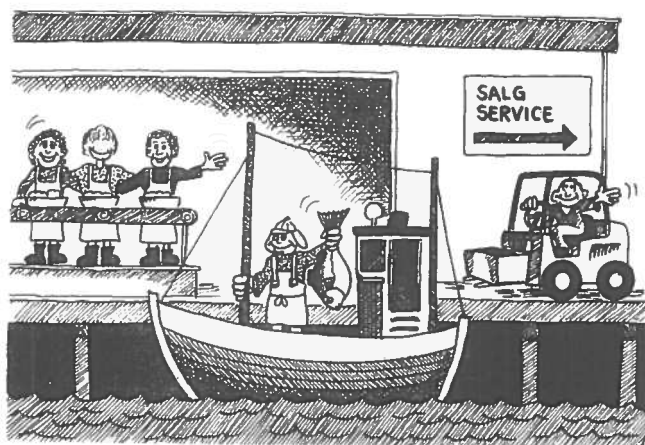
Tema 5: Arbeidsplasser

Arbeidsplassene i Båtsfjord er preget av nær tilknytning til fiske og fiskeindustri, enten direkte eller gjennom service til fiskerlnæringa. På grunn av sviktende råstofftilgang og konkurser har Båtsfjord denne vinteren svært høy arbeidsledighet. Dette gjør at mange føler uro og usikkerhet i forhold til arbeidssituasjonen. Det er derfor et sterkt ønske om å sikre stabile og helårige arbeidsplasser i Båtsfjord.

Sysseisseting i Båtsfjord:

Fiskere: ca. 100
Fiskeindustri: ca. 400
Servicenæringer ca. 450

Arbeidsuføre: ca. 260



Fra 1967 til 1988 er det foretatt ca. 9000 inn- og utflyttinger i Båtsfjord kommune.

Dette er et veldig høyt tall, som viser at det er en enorm sirkulasjon i Båtsfjords befolkning.

Fiskeindustrien spiller en svært viktig rolle når det gjelder rekrutteringa til kommunen. Dette gjelder spesielt jenter/kvinner. Men mulighetene utenfor fiskeindustrien er avgjørende for om jentene blir boende i kommunen.

Folkemengde etter kjønn og alder pr. 1. januar 1988.

Aldersgruppe	I alt	Menn	Kvinner
I alt	2461	1295	1166
0-6 år	239	121	118
7-12 år	183	104	79
13-15 år	133	72	61
16-19 år	197	106	91
20-29 år	490	253	237
30-39 år	406	218	188
40-49 år	313	178	135
50-59 år	208	112	96
60-66 år	129	63	66
67-69 år	47	21	26
70-79 år	88	36	52
80 og over	28	11	17

Ressurskrise gir uhelse!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
1. Råstofftilgangen er svært ujevn, og det er blitt mindre fisk i havet. Hvordan kan vi likevel sikre stabile, helårige arbeidsplasser i Båtsfjord?	
2. Det er stor utskifting av arbeidskraften i Båtsfj. Gi eksempler! Hvilke forhold skyldes dette?	
3. Å være arbeidsledig sliter på helse og familieforhold. Pek på områder som kan gi nye arbeidsplasser, f.eks. fiskeoppdrett, grønnsakproduksjon, turisme!	
4. Hvordan kan vi forhindre at <u>jentene</u> drar, og eventuelt ikke kommer tilbake til Båtsfjord?	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Tema 6: Arbeidsmiljø

MANGE SLITER MED BELASTNINGSSKADER.

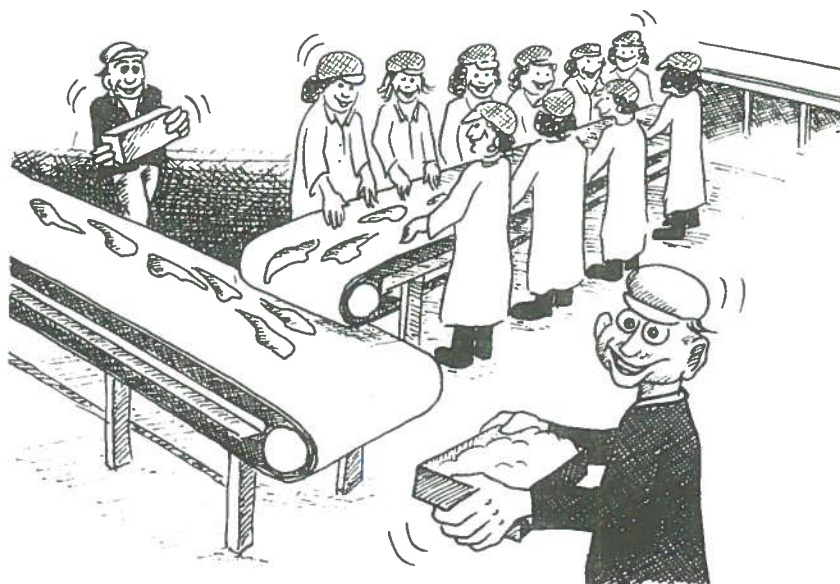
På landsbasis utgjør belastningsskadene mer enn 50% av sykefraværet i industrien. Også i Båtsfjord er belastningslidelsene en svært viktig årsak til fravær. Statistikken viser at det i Finnmark er langt flere enn i landet for øvrig som uføretrygdes på grunn av lidelser i muskel-skjelettsystemet. Dette har trolig først og fremst sammenheng med ensidig arbeid.



TRIVSEL PÅ ARBEIDSPLASSEN.

En trygg arbeidsplass og et godt arbeidsmiljø kan ofte være avgjørende for den daglige trivsel og den totale velferd. Arbeidsbetingelser, dvs. lønssystem og arbeidstid, grad av medbestemmelse, psykiske belastninger og kontakt med andre, samt "frynsegoder" er forhold som oppfattes som vesentlige for mange.

Folk som kommer til Båtsfjord for å arbeide, har ofte problemer med å finne seg til rette. Arbeidsgivere og arbeidstakere kan hver på sin måte bidra til bedre sosial kontakt.



Trimmende bedrifter gir overskudd!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
<p>1. I Båtsfjord har vi mange arbeidstakere som sliter med belastningsskader i rygg, nakke, armer m.m. Dette skyldes ensformige og tunge arbeidsbevegelser. Hvordan kan dette motvirkes på din arbeidsplass? Hjemme?</p>	
<p>2. Det blir hevdet at mange arbeidsplasser er preget av vantrivsel som følge av ensidig arbeid og interne konflikter. Hva kan årsakene til dette være?</p>	
<p>3. Å være innflytter til et nytt sted kan ofte være vanskelig. Hvordan kan vi sørge for at folk føler seg velkomne og kommer med i et godt miljø?</p>	
<p>4. Hva kan gjøres for å skape bedre trivsel i fritida mellom arbeidstakerne på "din" bedrift?</p>	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Tema 7: Fagfolk/utdanning

ET SÆRPROBLEM I BÅTSFJORD ER MANGEL PÅ SPESIALISTER.

Båtsfjord har mangel på fagfolk i en del stillinger. De kommer og arbeider i korte perioder og flytter igjen. Årsakene til flytting er mange, blant annet klima, familieforhold, personalpolitikk og usikkert arbeidsmarked generelt. For folk som vil arbeide i Finnmark, finnes det i dag en del særvilkår som f.eks. høyere lønn, gunstige nedskrivningsregler for studielån, stipendordninger.

Videregående skoletilbud i Båtsfjord høsten 1988.

2-årig grunnkurs:
Handel og kontor/allmennfag
Fiskeindustrifag/allmennfag

1-årig grunnkurs:
Handel og kontor
Fiskeindustrifag

Kommunalt stipend for utdanning utover videre- gående skoles nivå:

Formålet er bl.a.:

- å stimulere ungdom og andre til å skaffe seg utdanning som gjør det mulig å bosette seg i kommunen på permanent basis.

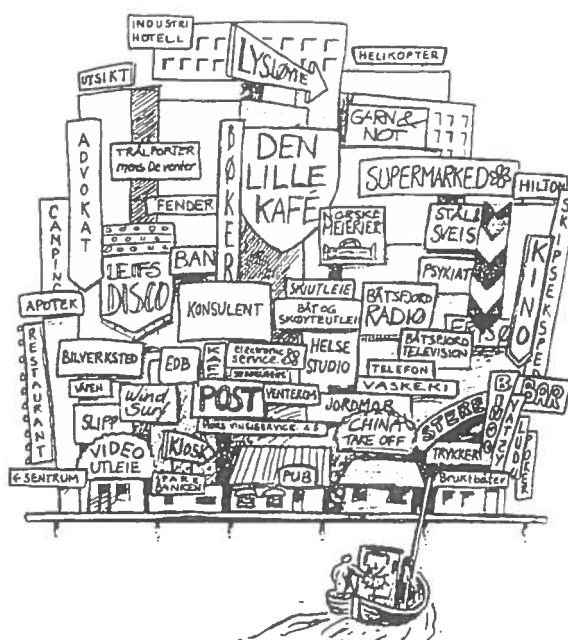
Virkeområde:

Fagutdanning rettet mot fiske og fangst, havbruk, industri, helsevern, undervisning, tekniske fag, økonomi og administrasjon, samt andre serviceyrker.

Betingelser:

Bindingstid til stilling i kommunen tilsvarende det tidsrom vedkommende tildeles stipend.

Tildelingen fra det kommunale utdanningsstipendet er for tiden begrenset til kr. 20.000,- pr. år.



Vi savner deg i Båtsfjord

Båtsfjord trenger deg!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
1. Vi mangler fagfolk/specialister på flere områder innen privat og offentlig virksomhet. Hvilke tiltak må settes inn for å avhjelpe problemet?	
2. Båtsfjord kommune har en stipendordning for utdanning. Kan stipendordningen gjøres bedre? Gi eksempler på hvordan?	
3. Det videregående skoletilbudet i Båtsfjord trues med nedlegging. Hvilke følger kan dette få for stedet? Hva kan vi i Båtsfjord gjøre for å beholde tilbudet?	
4. Når det gjelder service-tilbud som man forbin-der med fiskerinær-ingen, er Båtsfjord godt dekket. Hvilke service-tilbud savner vi her i Båtsfjord?	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

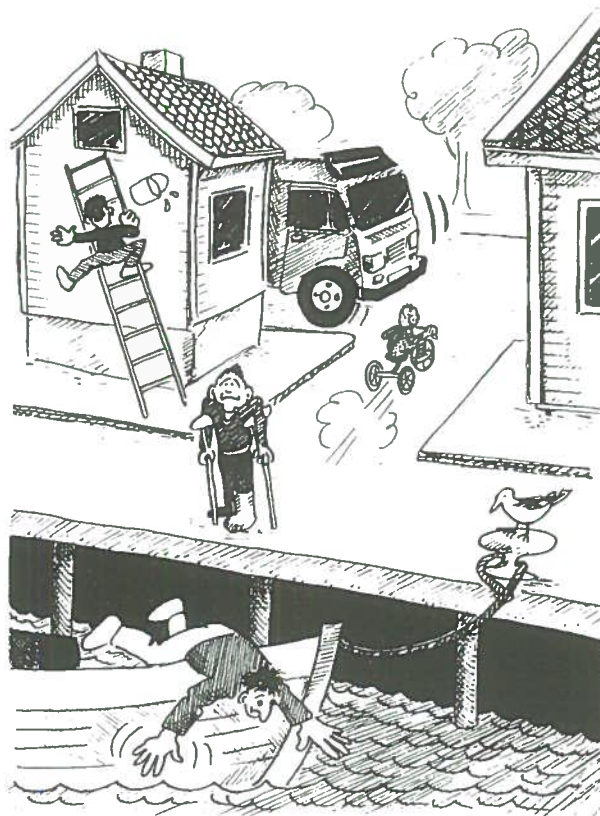
Tema 8: Ulykker

TRAFIKKULYKKER.

Dødsfall i trafikken: Nord-Norge 1987: 14,8 dødsfall pr. 100.000 innb. Landsgjennomsnittet er 9,5.

Disse ulykkene skyldes i hovedsak utforkjøringer på "de forholdsvis tomme veiene" i Nord-Norge.

I Båtsfjord er det stor mangel på sikring av fotgjengere og andre "myke" trafikanter. Vi mangler fortau, gang- og sykkelstier. Skiltingen og annen oppmerking er minimal og svært dårlig vedlikeholdt.



HJEMMEULYKKER.

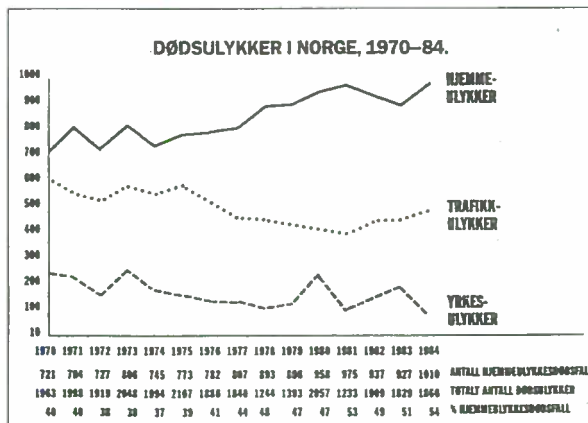
Norge topper statistikken for hjemmeulykker. Det er særlig barn og eldre som er utsatt.

ARBEIDSULYKKER.

Dødsfall på grunn av ulykker er en viktig årsak til redusert levetid for menn i Finnmark. Drukning i forbindelse med yrkesfiske og fritid er en av de største dødsårsakene.

Fiskeindustrien preges av mange småskader, kutt o.l., samt betydelig med belastningsskader.

Språkproblemer, ung alder og sesongarbeid er ofte med på å øke disse problemene.



Unngå skader!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
<p>TRAFIKKULYKKER. 1. Fotgjengere, syklister og mopedister er en gruppe trafikanter som ofte er utsatt for ulykker.</p> <p>Hvordan kan vi bedre sikkerheten for disse trafikantene?</p>	
<p>2. Veiene i boligområdene i Båtsfjord blir ofte benyttet som "rundkjøringer" og "rallycrossbaner".</p> <p>Hva kan gjøres for å redusere eller hindre denne trafikken?</p>	
<p>HJEMMEULYKKER. 3. Norge topper statistikken når det gjelder hjemmeulykker.</p> <p>Nevn 3 forbedringer <u>vi kan gjøre</u> for å få et sikrere hjem!</p>	
<p>4. Hvilke personer eller grupper kan vi koble inn i forebyggende arbeid og opplysning når det gjelder: forbrenningsskader, forgiftning, fallskader o.l.?</p>	
<p>ARBEIDSULYKKER. 5. Hva kan gjøres for å øke sikkerheten ombord i fiskebåtene og småbåtene?</p> <p>6. Hva kan gjøres for å øke sikkerheten i fiskeindustrien generelt?</p>	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Tema 9: Hvordan har vi det med hverandre?

NABOFELLESSKAP.



SMÅ SAMFUNN I RASK VEKST SLITER PÅ HELSA.

Den store inn- og utflyttinga i Båtsfjord gjør det vanskelig for innflyttere å komme inn i et godt miljø. Arbeidsplassene skaper skiller mellom folk (fiskebruket, skolen, helsesenteret m.fl.). Det kan være vanskelig å få kontakter utover de man jobber med.

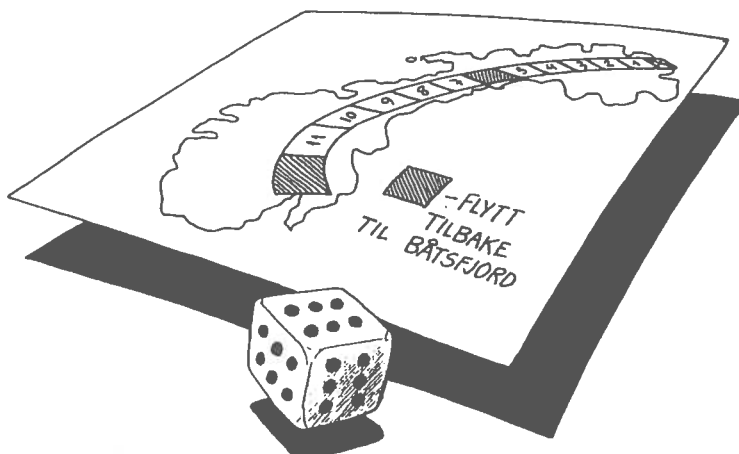
Språk og kulturforskjeller spiller også en vesentlig rolle.

I stor grad er Båtsfjord et samfunn med godt sosialt kontakt-nett blant naboer og familier. Den daglige praten med gode arbeidskamerater, naboer og venner er viktig for helsa. Båtsfjord har 60 foreninger og lag, men når allikevel ikke alle.

Noen føler seg isolerte. Det gjelder ofte innvandrere, nyttilflyttere, funksjonshemmede og eldre.

Båtsfjord har tilflyttere fra hele landet, men også mange utlendinger. Over 20 forskjellige nasjoner er å finne her hver vinter, enda flere i sommerhalvåret.

Manglende bussrute kan være med på å forsterke isolasjonen.



UTFLYTTING.

I en undersøkelse har en kommet fram til følgende: Med utgangspunkt i folketallet i kommunen ved starten av året, vil følgende del av befolkningen i enkelte ungdomsgrupper ved neste årsskifte være flyttet ut (1980-86)

Gutter 16-19 år: 7%
Jenter 16-19 år: 16%

Gutter 20-29 år: 16%
Jenter 20-29 år: 21%

Naboskap og fellesskap!

Spørsmål og påstander	Beskriv hvordan problemet kan løses, hvem som bør gjøre det, hva som bør gjøres først, osv.
<p>1.</p> <p>a) Hvordan kan vi få med innvandrere, nytilflyttede, funksjonshemmede og eldre i det sosiale fellesskap i Båtsfj.?</p> <p>- som enkeltpersoner?</p> <p>- som organisasjoner?</p> <p>b) Kan kommunale tjenester yte bedre eller annen type service enn det som er tilfelle idag?</p>	
<p>2.</p> <p>Båtsfjord mangler lokalbuss. Dette skaper isolasjon for mange.</p> <p>a) Hvordan kan vi gjøre noe med dette?</p> <p>b) Hvilke alternative løsninger finnes?</p> <p>c) Kan frivillige organisasjoner engasjere seg i forskjellige former for transport?</p>	

Svar på de spørsmålene du/gruppa synes er viktigst!

Hvis du trenger mer plass, - skriv her!

A large rectangular box with a solid black border, containing 20 horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the box. The box is empty, providing space for additional text.

Hvis du trenger mer plass, - skriv her!

A large rectangular box with a solid black border, containing 20 horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the box. The box is empty, providing space for the user to write their answer.

Hva er viktigst nå?

Hvilke 3 temaer og forslag som fremmer god helse og trivsel, syns du/dere at det er viktigst å gjøre noe med nå?

Temaer/forslag:

1.

Hva kan du/dere gjøre selv?

Hva bør kommunen kunne gjøre?

Bør fylket og staten gjøre noe?

2.

Hva kan du/dere gjøre selv?

-

Hva bør kommunen kunne gjøre?

-

Bør fylket og staten gjøre noe?

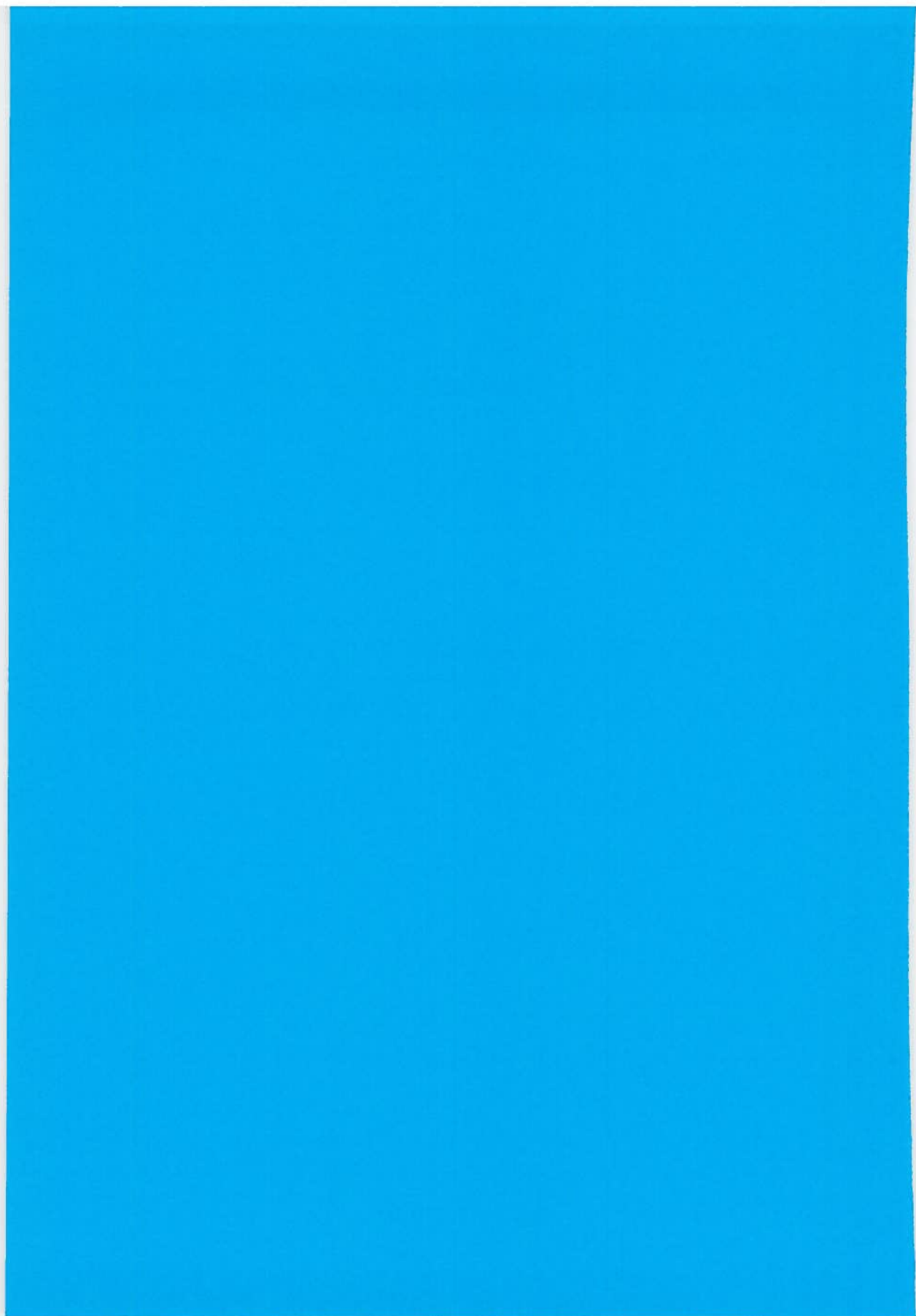
3.

Hva kan du/dere gjøre selv?

Hva bør kommunene kunne gjøre?

Bør fylket og staten gjøre noe?

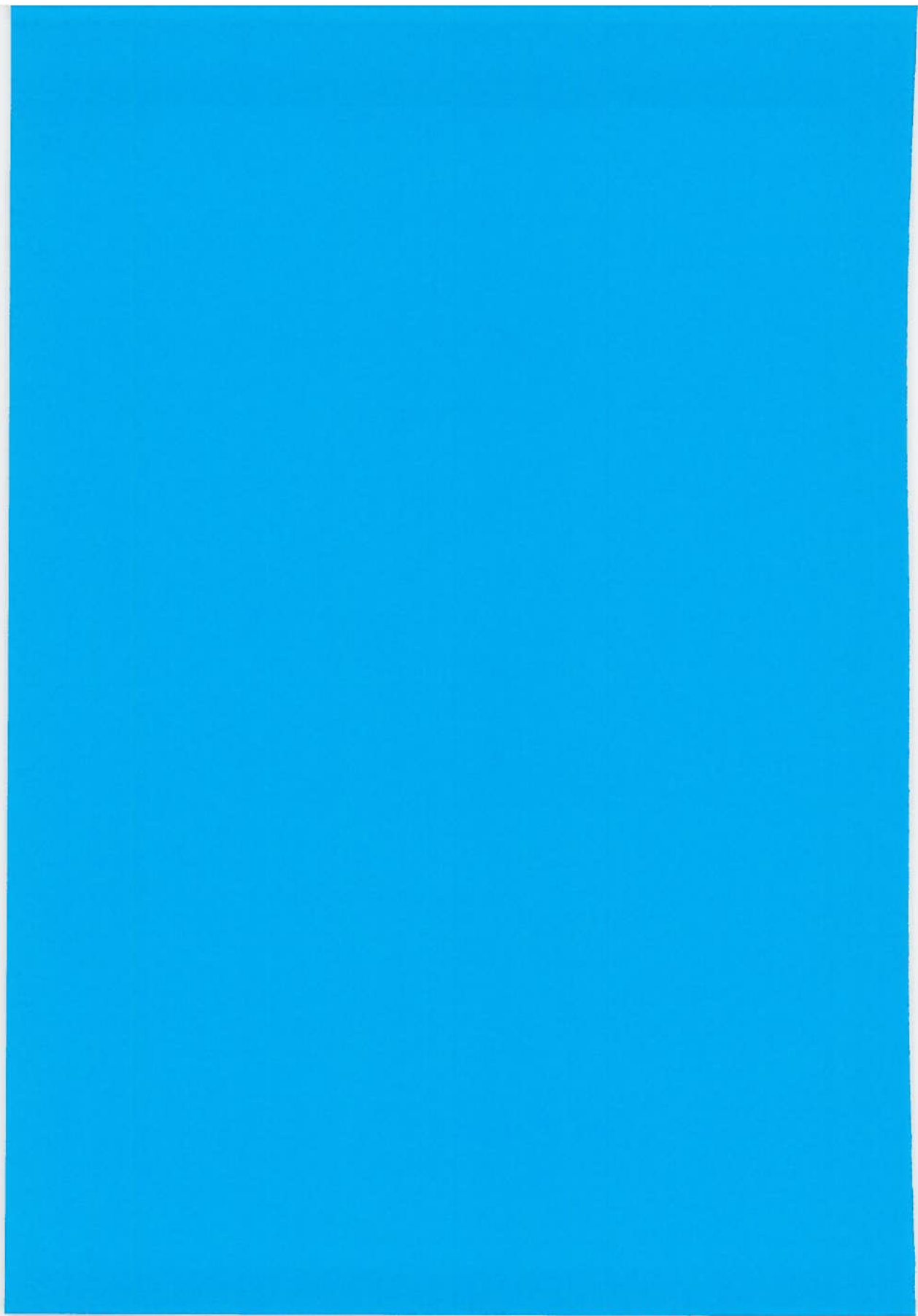
Finnmark I: Spørreskjema 1,3 Norsk



FINNMARK I

A						
Har De, eller har De hatt:	JA	NEI				
Hjerteinfarkt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Angina pectoris (hjertekrampe)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annen hjertesykdom?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Åreforkalkning i beina?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hjerneslag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sukkersyke?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Er De under behandling for:						
Høyt blodtrykk?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bruker De:						
Nitroglycerin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B						
Får De smerter eller ubehag i brystet når De:	JA	NEI				
Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? ..	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Går i vanlig takt på flat mark?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis De får smerter eller ubehag i brystet ved gange, pleier De da å:						
1 Stånse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 Saktne farten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3 Fortsette i samme takt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis De stansar eller saktner farten, forsvinner smertene da:						
1 Etter mindre enn 10 minutter?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 Etter mer enn 10 minutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Får De smerter i tykkleggan når De:						
Går?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Er i ro?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis De får leggsmerter, besvar da:						
Forverres smertene ved raskere tempo eller i bakker?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gir smertene seg når De stopper?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Har De vanligvis:						
Hoste om morgenen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Oppspytt fra brystet om morgenen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
C						
Bevegelse og kroppslig anstrengelse i Deres fritid.	JA	NEI				
Hvis aktiviteten varierer meget (f.eks. mellom sommer og vinter så ta et gjennomsnitt).						
Spørsmålet gjelder bare det siste året.						
Sett kryss i den ruten hvor "JA" passer best.						
1 Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken? .. (Heri medregnes også gange eller sykling til arbeidsteden, søndagsturer m.m.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3 Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4 Trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D						
Røyker De daglig for tiden?	JA	NEI				
Hvis svaret var "JA" på forrige spørsmål, besvar da:						
Røyker De sigaretter daglig?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis De ikke røyker sigaretter nå, besvar da:						
Har De røykt sigaretter daglig tidligere? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvis De svarte "JA", hvor lenge er det siden De sluttet?						
1 Mindre enn 3 måneder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 3 måneder - 1 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3 1 - 5 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4 Mer enn 5 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Besvares av dem som røyker nå eller har røykt tidligere:						
Hvor mange år tilsammen har De røykt daglig?			Antall år:		15	
Hvor mange sigaretter røyker eller røykte De daglig? Oppgi antall pr. dag (håndrullede + fabrikkframstilte)			Ant. sigaretter		10-15	
Røyker De noe annet enn sigaretter daglig?						
Sigarer eller serutter/cigarillos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Pipe?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Hvis De røyker pipe, hvor mange pakker tobakk (50 gram) bruker De i pipe pr. uke?			Ant. tobakkepkt.		1/2	
Oppgi gjennomsnittlig antall pakker pr. uke.						
E						
Har De vanligvis skiftarbeid eller nattarbeid? ..	JA	NEI				
Kan De vanligvis komme hjem fra arbeidet:						
Hver dag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hver helg?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Har De i perioder lengre arbeidsdager enn vanlig?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(f.eks. under sesongfiske, onnearbeid)						
Har De i løpet av siste året hatt:						
Sett kryss i den ruten hvor "JA" passer best						
1 Overveiende stillesittende arbeid? .. (f.eks. skrivebordarb., unnmakerarb., monterings)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 Arbeid som krever at De gjør mye? .. (f.eks. sløppl. lørarb., lett industriarb., underveien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3 Arbeid hvor De går og løfter mye? .. (f.eks. postbud, tyngre industriarb., bygningsarb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4 Tungt kroppsarbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(f.eks. skogarbeid, tungt jordarbeid, tungt bygningsarb.)						
Har De i løpet av de siste 12 mnd måttet flytte fra hjemstedet på grunn av forandring i arbeidssituasjonen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Er husmerarbeid Deres hovedyrke?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Har De i løpet av de siste 12 mnd fått arbeidsledighetstrygd?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Er De for tiden sykmaltd, eller får De attføringspenger?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Har De full eller delvis uførepensjon?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
F						
Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? ..	JA	NEI	VEIT			
Er to eller flere av Deres beste foreldre av finsk sett?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Er to eller flere av Deres beste foreldre av samisk sett?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Finnmark II: Spørreskjema 1,2,3 Norsk



Finnmark II spørreskjema I

A		JA	NEI	D		JA	NEI
Har De, eller har De hatt:				Røyker De daglig for tiden? 51			
Hjerteinfarkt? 52				Hvis svaret var „JA“ på forrige spørsmål, besvar da:			
Angina pectoris (hjertekrampe)? 54				Røyker De sigaretter daglig? 57			
Annen hjertesykdom? 58				(håndrullede eller fabrikkframstilte)			
Åreforkalkning i bena? 54				Hvis De ikke røyker sigaretter nå, besvar da:			
Hjerneslag? 57				Har De røykt sigaretter daglig tidligere? . . . 54			
Sukkersyke? 58				Hvis De svarte „JA“, hvor lenge er det siden De sluttet?			
Er De under behandling for:				1 Mindre enn 3 måneder? 55			
Høyt blodtrykk? 57				2 3 måneder - 1 år?			
Bruker De:				3 1 - 5 år?			
Nitroglycerin? 40				4 Mer enn 5 år?			
B		JA	NEI	Besvares av dem som røyker nå eller har røykt tidligere:			
Får De smerter eller ubehag i brystet når De:				Hvor mange år tilsammen har De røykt daglig? 64-67			
Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? . . 41				Hvor mange sigaretter røyker eller røykte De daglig? Oppgi antall pr. dag (håndrullede + fabrikkframstilte) 68-69			
Går i vanlig takt på flat mark? 42				Røyker De noe annet enn sigaretter daglig?			
Hvis De får smerter eller ubehag i brystet ved gange, pløier De da å:				Sigaretter eller serutter/cigarillos? . . . 62			
1 Stanse? 43				Pipe? 63			
2 Saktne farten?				Hvis De røyker pipe, hvor mange pakker tobakk (50 gram) bruker De i pipa pr. uke? 64-65			
3 Fortsette i samme takt?				Oppgi gjennomsnittlig antall pakker pr. uke. 64-65			
Hvis De stanser eller saktner farten, forsvinner smertene da:				E			
1 Etter mindre enn 10 minutter? 44				Har De vanligvis skiftarbeid eller nattarbeid? 67			
2 Etter mer enn 10 minutter?				Kan De vanligvis komme hjem fra arbeidet:			
Får De smerter i tykkleggen når De:				Hver dag? 69			
Går? 45				Hver helg? 69			
Er i ro? 46				Har De i perioder lengre arbeidsdager enn vanlig? 70			
Hvis De får leggsmerter, besvar da:				(f.eks. under sesongfiske, annerbeid)			
Forverres smertene ved raskere tempo eller i bakker? 47				Har De i løpet av siste året hatt:			
Gir smertene seg når De stopper? . . . 48				Sett kryss i den ruten hvor „JA“ passer best			
Har De vanligvis:				1 Overveiende stillesittende arbeid? . . 71			
Hoste om morgenen? 49				(f.eks. skrivebordsarb., urmakerarb., montering)			
Oppspylt fra brystet om morgenen? . . 50				2 Arbeid som krever at De går mye? . .			
C				(f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisen)			
Bevegelse og kroppslig anstrengelse i Deres fritid.				3 Arbeid hvor De går og løfter mye? . .			
Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter så ta et gjennomsnitt.				(f.eks. postbud, tyngre industriarb., byggingarb.)			
Spørsmålet gjelder bare det siste året.				4 Tungt kroppsarbeid?			
Sett kryss i den ruten hvor „JA“ passer best.				(f.eks. stoggarbeid, tungt jordbruksarb. tungt byggingarb.)			
1 Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse? 71				Har De i løpet av de siste 12 mnd måttet flytte fra hjemstedet på grunn av forandring i arbeidssituasjonen? 72			
2 Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken? . .				Er husmorarbeid Deres hovedyrke? 73			
(Heri medregnes også gang eller sykling til arbeidstedet, søndagsturer m.m.)				Har De i løpet av de siste 12 mnd fått arbeidsledighetstrygd? 74			
3 Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?				Er De for tiden sykmeldt, eller får De attføringspenger? 75			
(Merk at virksomheten skal være minst 4 timer i uken.)				Har De full eller delvis uførepensjon? . . 76			
4 Trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken?				F			
G				Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? . . 77			
Har noen i Deres husstand (utenom Dem selv) vært innkalt til nærmere undersøkelse hos distriktslegen etter forrige hjerte-kar undersøkelse? 80				Er to eller flere av Deres besteforeldre av finsk zett? 78			
				Er to eller flere av Deres besteforeldre av samisk zett? 77			

KOSTHOLD I FINNMARK 1977-78

SPØRESKJEMA 2

I forbindelse med den undersøkelsen De er med på, vil vi stille Dem noen spørsmål om Deres kosthold og endringer av dette de siste 3 årene.

Vi vil også spørre om endringer av den fysiske aktivitet i fritiden og av røykevaner.

Vennligst fyll ut dette spørreskjemaet og returner det i den vedlagte svarkorvolutt. Portoen vil bli betalt av mottakeren.

Om det skulle være flere i Deres husstand som har fått spørreskjema, ber vi om at hver enkelt fyller det ut.

Opplysningene De gir vil bli behandlet strengt fortrolig.

Med hilsen

Helserådet

Fylkesleien

Avdeling for kostholdsforskning
Universitetet i Oslo

Statens skjermbildefotografering

REGNING FOR UTFYLNING AV SPØRESKJEMAET.

De fleste spørsmål ved å sette kryss i den som passer. Hvis De ikke kan gi et helt nøyaktig svar, vennligst svar da etter beste skjønn. Hvis forekomme spørsmål som De finner at De i det hele tatt ikke er i stand til å besvare, La disse spørsmål stå åpne, og besvar så mange som mulig av de øvrige.

<p>De er på diett (spesiell kost) nå?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>De er på diett, så prøv likevel å fyll ut skjemaet.</p>	<p>20 Hvis De bruker margarin på brødet, hvilket merke bruker De vanligvis?</p> <p>.....</p>
<p>Hvor mange brødskeer spiser De vanligvis pr. dag?</p> <p><input type="checkbox"/> Mindre enn 2 skiver pr. dag <input type="checkbox"/> 2 - 4 skiver pr. dag <input type="checkbox"/> 5 - 6 skiver pr. dag <input type="checkbox"/> 7 - 8 skiver pr. dag <input type="checkbox"/> 9 - 12 skiver pr. dag <input type="checkbox"/> 13 eller flere skiver pr. dag</p>	<p>21 Kryss av for den aktuelle pakning.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Pakke 2 <input type="checkbox"/> Bordpakning (beget)</p>
<p>Slags brød spiser De oftest?</p> <p><input type="checkbox"/> Kjøpt <input type="checkbox"/> Hjemmebakt</p>	<p>22 Hvilke påleggslag bruker De vanligvis?</p> <p>30 Kryss av i alle ruter som er aktuelle.</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Hvit (gul) ost 23 <input type="checkbox"/> Brun ost 24 <input type="checkbox"/> Honning, sirup, sukker (på brød) 25 <input type="checkbox"/> Syltetøy, marmelade 26 <input type="checkbox"/> Andre søte påleggslag (sunda, sjokolade, banan, nøtte m.v.) 27 <input type="checkbox"/> Majones, salater 28 <input type="checkbox"/> Leverpostei 29 <input type="checkbox"/> Spekepølse (salt pølse) og annet kjøttpølegg 30 <input type="checkbox"/> Sardin, sursild, speket fisk og annet fiskepølegg</p>
<p>Kjøpt brød, hva slags oftest?</p> <p><input type="checkbox"/> Løff <input type="checkbox"/> Flint (lyst) brød <input type="checkbox"/> Grovt (mørkt) brød</p>	<p>31 Hvor mange glass eller kopper melk drikker De vanligvis pr. dag?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Drikker ikke, eller mindre enn 1 glass eller kopp pr. dag 2 <input type="checkbox"/> 1 glass eller kopp pr. dag 3 <input type="checkbox"/> 2 glass eller kopper pr. dag 4 <input type="checkbox"/> 3 glass eller kopper pr. dag 5 <input type="checkbox"/> 4 glass eller kopper pr. dag 6 <input type="checkbox"/> 5 eller flere glass eller kopper pr. dag</p>
<p>Hjemmebakt brød, hvor stor andel av det er grovt (mørkt)?</p> <p><input type="checkbox"/> Bruker ikke grovt mel <input type="checkbox"/> Mindre enn 1/4 grovt mel <input type="checkbox"/> 1/4 - 1/2 grovt mel <input type="checkbox"/> Mer enn 1/2 grovt mel</p> <p>Spiser De vanligvis å smøre på brødet?</p> <p><input type="checkbox"/> Bruker ikke noe <input type="checkbox"/> Smør (malerismør) <input type="checkbox"/> Margarin</p>	

<p>32 Hve slags melk drikker De vanligvis?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Drikker ikke melk</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Melk (helmelk), søt, sur</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Skummet melk, søt, sur</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Håndskummet melk</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Både helmelk og skummet melk</p>	<p>39 Hvor ofte består middagsmåltidet av andre typer retter, som grot, pannekaker o.v.?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 eller flere ganger i uken</p>
<p>33 Hvor mange kopper kaffe drikker De vanligvis pr. dag?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Drikker ikke, eller mindre enn 1 kopp pr. dag</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 kopper pr. dag</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 kopper pr. dag</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 kopper pr. dag</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 7 - 8 kopper pr. dag</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 9 eller flere kopper pr. dag</p>	<p>40 Hvor ofte bruker De fett (smør, margarin, kjøttfett eller fleskefett) til eller på kjøtt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Aldri eller sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 eller flere ganger i uken</p>
<p>34 Hvor mye sukker bruker De vanligvis til eller i kaffen?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Drikker ikke kaffe</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Bruker ikke sukker til/i kaffen</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 1 - 2 biter/teskjeer pr. kopp</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 3 - 4 biter/teskjeer pr. kopp</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 - 6 biter/teskjeer pr. kopp</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 eller flere biter eller teskjeer pr. kopp</p>	<p>41 Hvor ofte bruker De fett (smør, margarin, kjøttfett eller fleskefett) til eller på fisk?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Aldri eller sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 eller flere ganger i uken</p>
<p>35 Hvor mange egg (kokte eller stekte) spiser De vanligvis i uken?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Spiser ikke, eller mindre enn 1 egg i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 egg i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 2 egg i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 3 - 4 egg i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 - 6 egg i uken</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 eller flere egg i uken</p>	<p>42 Hvor ofte spiser De fiskelever (i perioder fiskelever er å få)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Aldri eller sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 eller flere ganger i uken</p>
<p>36 Hvor mange appelsiner spiser De vanligvis i uken?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Spiser ikke, eller mindre enn 1 appelsin i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 appelsin i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 2 appelsiner i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 3 - 4 appelsiner i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 - 6 appelsiner i uken</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 7 eller flere appelsiner i uken</p>	<p>43 Hvor ofte spiser De poteter til middag i løpet av en vanlig uke?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn 3 ganger i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 3 - 5 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 6 - 7 ganger i uken</p>
<p>37 Hvor ofte består middagsmåltidet av fisk eller retter med fisk?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 ganger i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 7 ganger i uken</p>	<p>44 Hvor mange poteter spiser De vanligvis til middag?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Mindre enn én potet pr. måltid</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 potet pr. måltid</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 2 poteter pr. måltid</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 3 - 4 poteter pr. måltid</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5 eller flere poteter pr. måltid</p>
<p>38 Hvor ofte består middagsmåltidet av kjøtt eller retter med kjøtt (også retter med blod og innmat)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 ganger i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 7 ganger i uken</p>	<p>45 Hvor ofte drikker De saft, brus eller andre søte drikker i løpet av en vanlig uke?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Aldri eller sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 ganger i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 7 eller flere ganger i uken</p>
	<p>46 Hvor ofte spiser De kaker, kjeiks, vaffler eller lefser i løpet av en vanlig uke?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Aldri eller sjeldnere enn én gang i uken</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 1 - 2 ganger i uken</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 3 - 4 ganger i uken</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 - 6 ganger i uken</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 7 eller flere ganger i uken</p>

And:
v.v.

Bruker De noe av de følgende varer i løpet av en vanlig uke?
Sjekk av i alle ruter som er aktuelle.

- 47 Potetgull (potetchips)
- 48 Sjokolade, konfekt, drops eller pastiller
- 49 Vin, brennevin
- 50 Øl (uansett type)
- 51 Tran
- 52 Vitaminpiller eller vitaminpreparat

MANGE GANGER I MÅNEDEN SPISER DE NOEN AV FØLGENDE RETTER TIL MIDDAG?
Sjekk av i alle ruter som er aktuelle.
Sjerr spørsmålene 53-60.

- Kokte eller stekte pølser
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden (inntil én gang i uken)
 - 4 5 - 8 ganger i måneden (inntil 2 ganger i uken)
 - 5 Mer enn 8 ganger i måneden (mer enn 2 ganger i uken)

- Kjøttkaker, karbonader og liknende
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 Mer enn 8 ganger i måneden

- Kokt kjøtt, færikål, kjøttsuppe, lapskaus
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 Mer enn 8 ganger i måneden

- Stekte kjøttretter (koteletter, stekestek m.v.)
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 9 - 16 ganger i måneden
 - 6 Mer enn 16 ganger i måneden

- Kokt fisk
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 9 - 12 ganger i måneden
 - 6 13 - 16 ganger i måneden
 - 7 Mer enn 16 ganger i måneden

- 58 Fiskekaker, fiskepudding, fisketoller
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 Mer enn 8 ganger i måneden

- 59 Stekt fisk
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 9 - 12 ganger i måneden
 - 6 13 - 16 ganger i måneden
 - 7 Mer enn 16 ganger i måneden

- 60 Setsuppe, fruktsuppe, fruktgrøt, kompot
- 1 Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden
 - 2 1 - 2 ganger i måneden
 - 3 3 - 4 ganger i måneden
 - 4 5 - 8 ganger i måneden
 - 5 9 - 12 ganger i måneden
 - 6 13 - 16 ganger i måneden
 - 7 Mer enn 16 ganger i måneden

- 61 Hvor mange ganger spiser De vanligvis pr. dag (tell også med kaffemåltider)?
- 1 2 ganger pr. dag
 - 2 3 ganger pr. dag
 - 3 4 ganger pr. dag
 - 4 5 ganger pr. dag
 - 5 6 eller flere ganger pr. dag

- 62 Når spiser eller drikker De første zang om morgenen?
- 1 Før kl. 0600
 - 2 Mellom kl. 0600 og kl. 0800
 - 3 Mellom kl. 0800 og kl. 1000
 - 4 Kl. 1000 eller senere

- 63 Hvor mange ganger om dagen spiser De brodmatt?
- 1 Spiser ikke brød
 - 2 1 gang pr. dag
 - 3 2 - 3 ganger pr. dag
 - 4 4 eller flere ganger pr. dag

- 64 Har De husholdning alene eller sammen med andre?
- 1 Har privat husholdning alene
 - 2 Har privat husholdning sammen med voksne
 - 3 Har privat husholdning sammen med voksne og barn
 - 4 Spiser hovedsaklig i messe, kantine (storbusholdning)

65 Nedenstående tegninger forestiller terninger av smør eller margarin i naturlig størrelse. Kryss av for den terning som likner mest på den mengde De bruker til en skive brød. Er De i tvil, forsøk å prøvesnøre en skive.

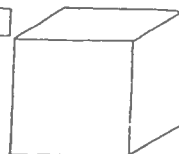
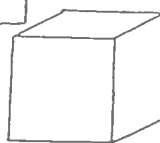
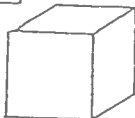
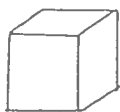
1 Bruker ikke

2

3

4

5



66 Gjør De noe forsøk på å forandre kroppsvekten Deres?

1 Ja

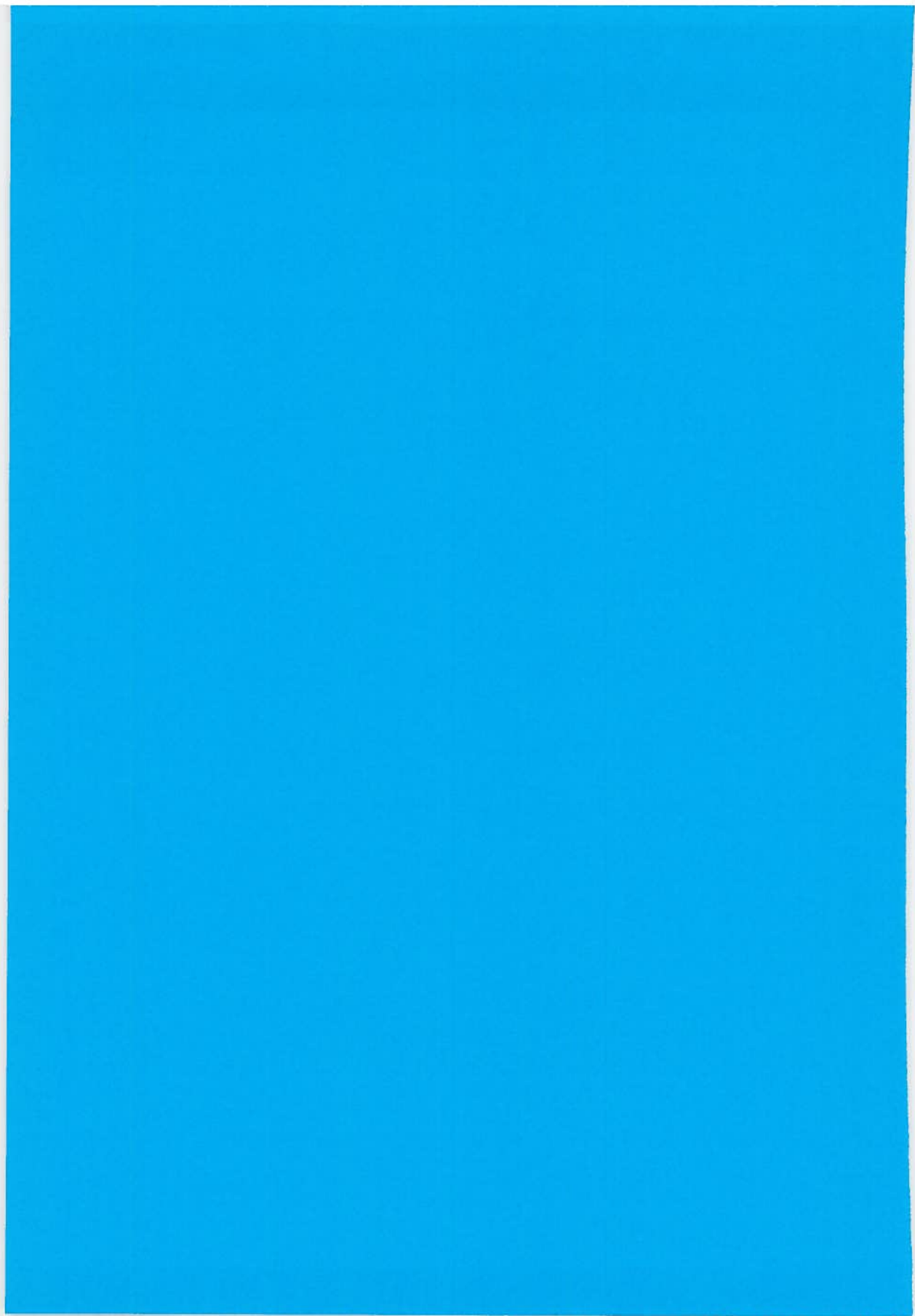
2 Nei

Dette spørreskjemaet er utarbeidet av Avdeling for kostholdsforskning, Universitetet i Oslo for bruk i Statens Skjermbildefotograferings hjerte- karundersøkelser. For bruk i Finnmark II ble skjemaet også oversatt til samisk.

Siden skjemaet belyser spesielle sider av kostholdet er det ikke uten videre egnet til å gi en generell beskrivelse. Vi ber om at andre grupper som måtte være interessert i å bruke skjemaet eller deler av det, først kontakter oss, og at det blir gitt kildehenvisning.

Avdeling for kostholdsforskning
Universitetet i Oslo

Finnmark III: Spørreskjema 1,2,3 Norsk
Finnmark III: Spørreskjema 1,2,3 Samisk



MELDING OM HJERTE-KARUNDERSØKELSE

(Gjelder bare den person som brevet er adressert til.)

Finnmark III

Spørreskjema 1

Hjerte- karundersøkelsen kommer nå til Deres distrikt.

Tid og sted for frammøte vil De finne nedenfor.

De finner en orientering om undersøkelsen i den vedlagte brosjyren.

Vi ber Dem vennligst fylle ut spørreskjemaet på baksiden og ta dette med til undersøkelsen.

Vi ber Dem eventuelt melde fra om fraværet på den vedlagte fraværmeldingen.

Med hilsen

KOMMUNEHELSE TJENESTEN FYLKESLEGEN
STATENS HELSEUNDERSØKELSER

Født dato	Personnr.	Kommune	Kretsnr.		
Møtested		Kjønn	Første bokstav i etternavn	Dag og dato	Klokkeslett

hinmost til spørskema

A FAMILIE

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? 12

B EGEN SYKDOM

Har De, eller har De hatt:

Hjerteinfarkt? 13

Angina pectoris (hjertekrampe)? 14

Hjerneslag? 15

Sukkersyke? 16

Er De under behandling for:

Høyt blodtrykk? 17

Bruker De:

Nitroglycerin? 18

C SYMPTOMER

Får De smerter eller ubehag i brystet når De:

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? 19

Går i vanlig takt på flat mark? 20

Dersom De får smerter eller vondt i brystet ved gange, pleier De da:

Stoppe? 21

Sakte farten? 22

Fortsette i samme takt? 23

Dersom De stopper eller saktner farten, går da smertene bort:

Etter mindre enn 10 minutter? 24

Etter mer enn 10 minutter? 25

Har De vanligvis:

Hoste om morgenen? 26

Oppspytt fra brystet om morgenen? 27

D MOSJON

Bevegelse og kroppslig aktivitet i Deres fritid. Dersom aktiviteten varierer mye, f.eks. mellom sommer og vinter, så ta ett gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. Sett kryss i den ruten som passer best.

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse? 28

Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken? 29

(Her skal De også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? (Merk at aktiviteten skal vare i minst 4 timer i uken.) 30

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uken? 31

E SALT/FETT

Hvor ofte bruker De salt kjøtt eller salt fisk til middag? Sett kryss i den ruten som passer best.

Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden 32

Inntil en gang i uken 33

Inntil to ganger i uken 34

Mer enn to ganger i uken 35

Hvor ofte pleier De å strø ekstra salt på middagsmaten? Sett kryss i den ruten som passer best.

Sjelden eller aldri 36

Av og til eller ofte 37

Alltid eller nesten alltid 38

Hva slags margarin eller smør bruker De vanligvis på brødet? Sett kryss i den ruten som passer best.

Bruker ikke smør eller margarin på brød 39

Smør 40

Hard margarin 41

Myk (Soft) margarin 42

Smør/margarin blanding 43

Hva slags fett blir vanligvis brukt til matlagning i husholdningen Deres? Sett kryss i den ruten som passer best.

Smør eller hard margarin 44

Myk (Soft) margarin eller olje 45

Smør/margarin blanding 46

JA NEI VET IKKE

JA NEI

1 2 3

1 2

JA NEI

1 2 3

1 2

JA NEI

1 2

1 2 3

1 2 3 4

1 2 3 4

1 2 3

1 2 3 4

1 2 3

1 2 3 4 5

1 2 3

1 2 3 4 5

1 2 3

1 2 3

F RØYKING

Røyker De daglig for tida? 30

Dersom svaret er «JA», svar da på dette:

Røyker De sigaretter daglig? (håndrullede eller fabrikkfremstilte) 31

Dersom De ikke røyker sigaretter nå, svar da på dette:

Har De røykt sigaretter daglig tidligere? 32

Dersom De svarte «JA», hvor lenge er det da siden De sluttet?

Mindre enn 3 måneder? 33

3 måneder - 1 år? 34

1-5 år? 35

Mer enn 5 år? 36

Skal besvares av de som røyker nå eller som har røykt tidligere:

Hvor mange år til sammen har De røykt daglig? 37

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte De daglig? Gi opp antallet sigaretter daglig (håndrullede + fabrikkfremstilte) 38

Røyker De noe annet enn sigaretter daglig? Sigarer eller serutter/sigarillos? 39

Pipe? 40

Dersom De røyker pipe, hvor mange pakker tobakk (50 gram) bruker De i pipen på en uke? Gi opp gjennomsnittlig tall på pakker i uken 41

JA NEI

1 2 3 4

1 2 3 4

1 2 3 4

År

Sigaretter

1 2 3 4

Tobakkspk

G KAFFE

Hvor mange kopper kaffe drikker De vanligvis hver dag? Sett kryss i den ruten som passer best.

Drikker ikke kaffe, eller mindre enn en kopp 42

1 - 4 kopper 43

5 - 8 kopper 44

9 eller flere kopper 45

Hva slags kaffe drikker De vanligvis hver dag?

Kokekaffe 46

Filterkaffe 47

Pulverkaffe 48

Koffeinri kaffe 49

Drikker ikke kaffe 50

1 2 3 4

1 2 3 4

1 2 3 4

H ARBEID

Har De i de siste 12 månedene fått arbeidsledighetstrygd? 51

Er De for tiden sykemeldt, eller får De attføringspenger? 52

Har De full eller delvis uførepensjon? 53

Har De vanligvis skiftarbeid eller nattarbeid 54

Har De i det siste året hatt: Sett kryss i den ruten som passer best.

For det meste stillesittende arbeid? (f.eks. skrivebordsarb., urmakerarb., montering) 55

Arbeide som krever at De går mye? (f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisn.) 56

Arbeide der De går og løfter mye? (f.eks. postbud, tyngre industriarb., bygningsarb.) 57

Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygningarb.) 58

Er husmørarbeid hovedyrket Deres? 59

JA NEI

1 2 3 4

1 2 3 4

1 2 3 4

1 2 3 4

JA NEI

I ETTERUNDERSØKELSE

Har noen i husstanden Deres (utenom Dem selv) vært innkalt til nærmere undersøkelse hos lege etter den siste hjerteundersøkelsen? 60

Er to eller flere av Deres besteforeldre av finsk ætt? 61

Er to eller flere av Deres besteforeldre av samisk ætt? 62

Dersom denne helseundersøkelsen viser at De bør undersøkes nærmere: Hvilken almenpraktiserende lege ønsker De da å bli henvist til? Skriv navnet på legen her

Ingen spesiell lege 63

JA NEI VET IKKE

1 2 3 4

1 2 3 4

Ikke skrtv her

63

Finnmark III
Spørreskjema 2

TILLEGGSPØRSMÅL VED HJERTE- KARUNDERSØKELSEN I
FINNMARK 1987-1988

Hjerte-karsykdommene er en mangeartet sykdomsgruppe med til dels ufullstendig kjente årsaksforhold. Vi vil derfor prøve å få en mere fullstendig kartlegging av forhold som har betydning for at sykdom oppstår og for hvordan sykdommen forløper.

Speslelt gjelder dette kostholdet og sykdomsforekomst hos slektninger. Kostholdet har også stor betydning for hyppigheten av forskjellige kreftsykdommer. Vi vil også gjerne samle data om andre viktige sykdommer, som mavesår, sukkersyke og sykdommer i rygg, ben og ledd. Vi håper De vil være brydd med å fylle ut også dette skjema så godt som mulig og sende det til Statens helseundersøkelser i den adresserte konvolutt. Porto er betalt. Hvis De ikke kan gi helt nøyaktig svar, vennligst svar da etter beste skjønn. Spørsmål som De ikke er i stand til å besvare, lar De stå ubesvart. Besvar så mange som mulig av de øvrige.

Opplysningene vil bli behandlet strengt fortrolig.

Med hilsen

Fylkeslegen i Finnmark

Statens helseundersøkelser

Fagområdet medisin,
Universitetet i Tromsø

Avdeling for kostholdsforskning,
Universitetet i Oslo

<p>HELSSETILSTAND Hvordan er Deres helsestilstand? Sett kryss i den ruten der «Ja» passer best</p>					
Dårlig	<input type="checkbox"/>				
Hverken god eller dårlig	<input type="checkbox"/>				
Bra	<input type="checkbox"/>				
Utmerket	<input type="checkbox"/>	12			
<p>Har De eller har De hatt: Kryss av «Ja» eller «Nei» for hvert spørsmål</p>		Ja	Nei		
Hudsykdommen psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hørsnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kronisk bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Revmatoid sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Andre sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			22
<p>Har De eller har De hatt sår på magesekken eller tolvfingertarm?</p>		Ja	Nei		
Hvis «Ja», hva slags sår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			23
Magesekk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tolvfingertarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			26
<p>Hvilket år ble diagnosen stillet første gang 19.....</p>					
<p>Er såret påvist ved rontgenundersøkelse?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			27
<p>Er såret påvist ved gastroskopi (direkte undersøkelse av magen gjennom boyelig rør)</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			28
<p>Var De innlagt i sykehus for såret?</p>				Ja	Nei
Er De operert for såret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			30
<p>Hvis «Ja», i hvilket år ble De operert? 19.....</p>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			32
<p>Har De eller har De hatt gallestein?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			33
<p>Har De hatt nyresteinsanfall (nyregrus) eller stein i urinveiene?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			34
<p>Har De vært plaget med sure oppstøt, halsbrann eller brystsvie?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			35
<p>Har De vært eller er De plaget med smerter eller verk øverst i magen?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			36
<p>Hvis «Ja», blir da smertene forandret når De spiser?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			37
<p>Hvis «Ja», blir da smertene: mindre plagsomme</p>		<input type="checkbox"/>			
verre	<input type="checkbox"/>				38
<p>Hvor gammel var De første gang De fikk slike plager?</p>				år	40
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			41
<p>Har De sukkersyke?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			41
<p>Hvis «Ja», i hvilket år ble diagnosen stillet første gang?</p>				19.....	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			41
<p>Bruker De: Insulin?</p>		Ja	Nei		
Sukkersyketabletter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bare diett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			46
<p>Er De påpasselig med å følge det behandlingsopplegg De har fått?</p>		Ja	Nei		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			47

Har De en hofteledelse?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48	Hvis «Ja», merket De stivhet i leddene om morgenen av mer enn 30 minutters varighet?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7
Dersom svaret er Ja: Sitter lidelsen i: Høyre	<input type="checkbox"/>	Hender det at De er plaget av søvnløshet?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Venstre	<input type="checkbox"/>	Hvis «Ja», når på året er De mest plaget? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best	
Begge hofter	<input type="checkbox"/> 49	Ingen spesiell tid	<input type="checkbox"/>
Hvor gammel var De da hofteledelsen ble oppdaget?	år 51	Særlig i mørketiden	<input type="checkbox"/>
Er De operert i hoften?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 52	Særlig i midnattstiden	<input type="checkbox"/>
Ble De som spedbarn behandlet for hoftefeil med gips eller med pute mellom bena?	J N V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 53	Særlig høst og vår	<input type="checkbox"/> 75
J = Ja N = Nei V = Vet ikke		Har De gjennom hele siste år vært plaget av søvnløshet slik at det går ut over arbeidsevnen?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kryss av for famillemedlemmer som har eller har hatt hoftefeil:		Har De i de siste par ukene følt Dem ulykkelig og nedtrykt (deprimert)? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best	
Farfar <input type="checkbox"/>	Farmor <input type="checkbox"/> 55	Aldri eller sjelden	<input type="checkbox"/>
Morfar <input type="checkbox"/>	Mormor <input type="checkbox"/> 57	Av og til	<input type="checkbox"/>
Far <input type="checkbox"/>	Mor <input type="checkbox"/> 59	Oftre	<input type="checkbox"/>
Bror <input type="checkbox"/>	Søster <input type="checkbox"/> 61	Nesten hele tida	<input type="checkbox"/> 77
Har De i løpet av de siste 12 måneder vært plaget av smerter i ryggen som har vart lenger enn 4 uker?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 82	SYKDOM HOS FORELDRE OG SØSKEN	
Hvis Ja: Hvor gammel var De da ryggsmertene begynte?	år 64	Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene: F = Far M = Mor B = Bror S = Søster	F M B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J = Ja N = Nei V = Vet ikke		Hjerneslag eller hjerneblødning	<input type="checkbox"/>
Begynte ryggplagene gradvis?	J N V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65	Sukkersyke	<input type="checkbox"/>
Bedrer ryggsmertene seg dersom De beveger Dem?	J N V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 66	Leddgikt (revmatoid artritt)	<input type="checkbox"/>
Våkner De om natten på grunn av ryggplager?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 67	Bechterews sykdom	<input type="checkbox"/>
Har De vært plaget av stivhet i ryggen om morgenen som varte lenger enn 30 minutter?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 68	Kreft	<input type="checkbox"/>
Har De i løpet av de siste 3 år vært plaget av smerter i noen av de følgende ledd i mer enn 3 måneder?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 72	Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Kneleddene	<input type="checkbox"/>	Magesår eller tolvfingertarmsår	<input type="checkbox"/>
Albueleddene	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>
De innerste fingerleddene	<input type="checkbox"/>	Ingen av sykdommene ovenfor	<input type="checkbox"/>
Andre ledd	<input type="checkbox"/>	KOSTHOLD	
		Er De på diett (spesiell kost) na?	Ja Nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Om De er på diett, sa prov likevel å lulle ut skjemaet.	
		Hvor mange ganger spiser De vanligvis pr. dag. (Tell også med kaffemaltider!)	
		2 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>
		3 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>
		4 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>
		5 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>
		6 eller flere ganger pr. dag	<input type="checkbox"/> 115

Når spiser eller drikker De første gang om morgenen?

Før kl. 0600	<input type="checkbox"/>	116
Mellom kl. 0600 og kl. 0800	<input type="checkbox"/>	
Mellom kl. 0800 og kl. 1000	<input type="checkbox"/>	
Kl. 1000 og senere	<input type="checkbox"/>	

Hvor mange ganger om dagen spiser De brødmat?

Spiser ikke brød	<input type="checkbox"/>	117
1 gang pr. dag	<input type="checkbox"/>	
2 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>	
3 ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>	
4 eller flere ganger pr. dag	<input type="checkbox"/>	

Hvor ofte spiser De middag?

Hver dag	<input type="checkbox"/>	118
5-8 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	
4 ganger eller mindre pr. uke	<input type="checkbox"/>	

Hvor mange brødskliver spiser De vanligvis pr. dag?

Mindre enn 2 kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	119
2-4 kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	
5-8 kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	
7-8 kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	
9-12 kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	
13 eller flere kliver pr. dag	<input type="checkbox"/>	

Hva slags brød spiser De oftest?

Kjøpt	<input type="checkbox"/>	120
Hjemmebakt	<input type="checkbox"/>	

Hvis kjøpt brød, hva slags oftest?

Løff	<input type="checkbox"/>	121
Fint (lyst) brød	<input type="checkbox"/>	
Grovt (mørkt) brød	<input type="checkbox"/>	

Hvis hjemmebakt brød, hvor stor andel av melet er grovt (mørkt)?

Bruker ikke grovt mel	<input type="checkbox"/>	122
Mindre enn 1/2 grovt mel	<input type="checkbox"/>	
1/2-1/3 grovt mel	<input type="checkbox"/>	
Mer enn 1/3 grovt mel	<input type="checkbox"/>	

Hvilke påleggslag bruker De vanligvis?

Kryss av «Ja» eller «Nei» for hvert spørsmål

	Ja	Nei	
Hvit (gul) ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126
Brun ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Honning, sirup, sukker (på brød)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syltetøy, marmelade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre søte påleggslag (Sunda, sjokolade Banos, Nøtte m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majones, majonesalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
Leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spekepølse (salt pølse) og annet kjøttpålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sardiner, sursild, speket fisk og annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvor mange glass melk drikker De vanligvis pr. dag?

Drikker ikke, eller mindre enn 1 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	132
1 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	
2 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	
3 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	
4 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	
5 glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	
6 eller flere glass pr. dag	<input type="checkbox"/>	

Hva slags melk drikker De vanligvis?

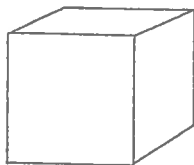
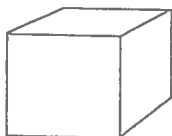
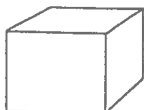
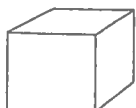
Drikker ikke melk	<input type="checkbox"/>	133
Melk (hølmelk) søt, sur	<input type="checkbox"/>	
Skummet melk søt, sur	<input type="checkbox"/>	
ettmelk	<input type="checkbox"/>	
Hølmelk og skummet/ettmelk	<input type="checkbox"/>	

Hva pleier De vanligvis å smøre på brødet?

Bruker ikke noe	<input type="checkbox"/>	134
Smør (meierismør)	<input type="checkbox"/>	
Fast (vanlig) margarin (Per, Melange)	<input type="checkbox"/>	
Bløt (soft, soya) margarin	<input type="checkbox"/>	
Bremykt	<input type="checkbox"/>	
Smøregod	<input type="checkbox"/>	
Lettmargarin (Minarin, Minett)	<input type="checkbox"/>	
Annen margarin	<input type="checkbox"/>	

Tegningene på neste side forestiller terninger av smør i naturlig størrelse. Kryss av for den terning som likner mest på den mengde De bruker til en skive brød. Er De i tvil, forsøk å prøvesmore en skive.

Bruker ikke	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------



OK

Hvor mange kopper kaffe drikker De vanligvis pr. dag?

- Drikker ikke, eller mindre enn 1 kopp pr. dag
- 1-2 kopper pr. dag
- 3-4 kopper pr. dag
- 5-6 kopper pr. dag
- 7-8 kopper pr. dag
- 9-10 kopper pr. dag
- 11 eller flere kopper pr. dag

136

OK

Hvor mye sukker bruker De vanligvis til eller i kaffen?

- Drikker ikke kaffe
- Bruker ikke sukker til/i kaffen
- 1-2 biter pr. kopp
- 3-4 biter pr. kopp
- 5-6 biter pr. kopp
- 7 eller flere biter pr. kopp

137

Hvor mye/hvor mange ganger i uken bruker De noen av de følgende varene/rettene?

- A*
- Egg (kokte eller stekte)
- Spiser ikke, eller mindre enn 1 egg i uken
 - 1 egg i uken
 - 2 egg i uken
 - 3-4 egg i uken
 - 5-6 egg i uken
 - 7 eller flere egg i uken

138

Appelsiner

- Spiser ikke, eller mindre enn 1 appelsin i uken
- 1 appelsin i uken
- 2 appelsiner i uken
- 3-4 appelsiner i uken
- 5-8 appelsiner i uken
- 7 eller flere appelsiner i uken

139

1. punkt

Epler/pærer

- Spiser ikke, eller mindre enn 1 eple/pære i uken
- 1-2 epler/pærer i uken
- 3-4 epler/pærer i uken
- 5-8 epler/pærer i uken
- 7 eller flere epler/pærer i uken

140

Saft, brus eller andre søte drikker

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i uken
- 1-2 ganger i uken
- 3-4 ganger i uken
- 5-8 ganger i uken
- 7 eller flere ganger i uken

141

Kaker, kjeks, vafler eller løfser

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i uken
- 1-2 ganger i uken
- 3-4 ganger i uken
- 5-6 ganger i uken
- 7 eller flere ganger i uken

142

Kjøtt eller retter med kjøtt til middag (også retter med blod og innmat)

- Sjeldnere enn én gang i uken
- 1-2 ganger i uken
- 3-4 ganger i uken
- 5-6 ganger i uken
- 7 ganger i uken

143

Fisk eller retter med fisk til middag

- Sjeldnere enn én gang i uken
- 1-2 ganger i uken
- 3-4 ganger i uken
- 5-6 ganger i uken
- 7 ganger i uken

Andre typer retter som grøt, pannekaker
pizza m.v. til middag

- Sjeldnere enn én gang i uken 145
- 1-2 ganger i uken 145
- 3-4 ganger i uken 145
- 5 eller flere ganger i uken 145

Fett (smør, margarin, kjøttfett eller
fleskefett) til eller på kjøtt

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i uken 148
- 1-2 ganger i uken 148
- 3-4 ganger i uken 148
- 5 eller flere ganger i uken 148

Fett (smør, margarin, kjøttfett eller
fleskefett) til eller på fisk

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i uken 147
- 1-2 ganger i uken 147
- 3-4 ganger i uken 147
- 5 eller flere ganger i uken 147

Poteter til middag i en vanlig uke

- Sjeldnere enn 3 ganger i uken 148
- 3-5 ganger i uken 148
- 6-7 ganger i uken 148

Hvor mange poteter spiser De
vanligvis til middag?

- Mindre enn én potet pr. måltid 149
- 1 potet pr. måltid 149
- 2 poteter pr. måltid 149
- 3-4 poteter pr. måltid 149
- 5 eller flere poteter pr. måltid 149

Hvor mange ganger i måneden bruker De noen
av de følgende rettene til middag?

- Kokte eller stekte potter.
Aldri eller sjeldnere enn én gang i måneden 150
- 1-2 ganger i måneden 150
- 3-4 ganger i måneden (opptil én gang i uken) ... 150
- 5-8 ganger i måneden (opptil 2 ganger i uken) ... 150
- Mer enn 8 ganger i måneden (mer enn
2 ganger i uken) 150

Kjøttkaker, karbonader og liknende

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 151
- 1-2 ganger i måneden 151
- 3-4 ganger i måneden 151
- 5-8 ganger i måneden 151
- Mer enn 8 ganger i måneden 151

Kokt kjøtt, fåriskål, kjøttsuppe, lapskaus m.v.

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 152
- 1-2 ganger i måneden 152
- 3-4 ganger i måneden 152
- 5-8 ganger i måneden 152
- Mer enn 8 ganger i måneden 152

Stekte kjøttretter (koteletter, stek m.v.)

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 153
- 1-2 ganger i måneden 153
- 3-4 ganger i måneden 153
- 5-8 ganger i måneden 153
- 9-16 ganger i måneden 153
- Mer enn 16 ganger i måneden 153

Kokt fisk

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 154
- 1-2 ganger i måneden 154
- 3-4 ganger i måneden 154
- 5-8 ganger i måneden 154
- 9-12 ganger i måneden 154
- 13-16 ganger i måneden 154
- Mer enn 16 ganger i måneden 154

Fiskekaker, fiskepudding, fiskeboller

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 155
- 1-2 ganger i måneden 155
- 3-4 ganger i måneden 155
- 5-8 ganger i måneden 155
- Mer enn 8 ganger i måneden 155

Stekt fisk

- Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden 156
- 1-2 ganger i måneden 156
- 3-4 ganger i måneden 156
- 5-8 ganger i måneden 156
- 9-12 ganger i måneden 156
- 13-16 ganger i måneden 156
- Mer enn 16 ganger i måneden 156

<p>Hvor ofte bruker De vanligvis grønnsaker til/ved siden av kjøtt/retter med kjøtt?</p> <p>Aldri eller sjelden</p> <p>Av og til</p> <p>Ofte</p> <p>Alltid eller nesten alltid</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 157	<p>Hvor ofte pleier De å drikke vin? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best.</p> <p>Aldri, eller noen få ganger i året</p> <p>1-2 ganger i måneden</p> <p>Omtrent 1 gang i uken</p> <p>2-3 ganger i uken</p> <p>Omtrent hver dag</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 164																														
<p>Hvor ofte bruker De vanligvis grønnsaker til/ved siden av fisk/retter med fisk?</p> <p>Aldri eller sjelden</p> <p>Av og til</p> <p>Ofte</p> <p>Alltid eller nesten alltid</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 158	<p>Hvor ofte pleier De å drikke brennevin? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best.</p> <p>Aldri, eller noen få ganger i året</p> <p>1-2 ganger i måneden</p> <p>Omtrent 1 gang i uken</p> <p>2-3 ganger i uken</p> <p>Omtrent hver dag</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16																														
<p>Hvor ofte bruker De gulrot (rå, kokt, stuert i løpskaus m.v.) til retter med kjøtt og fisk?</p> <p>Aldri, eller sjeldnere enn én gang i måneden</p> <p>1-2 ganger i måneden</p> <p>3-4 ganger i måneden</p> <p>5-8 ganger i måneden</p> <p>9-16 ganger i måneden</p> <p>Mer enn 16 ganger i måneden</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 159	<p>Omtrent hvor ofte har De i løpet av siste år drukket alkohol tilsvarende minst 5 halvflasker øl, en hel flaske vin eller ¼ flaske brennevin? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best.</p> <p>Ikke siste år</p> <p>Noen få ganger</p> <p>1-3 ganger i måneden</p> <p>1-2 ganger i uken</p> <p>3 eller flere ganger i uken</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16																														
<p>Hva slags fett bruker de vanligvis til matlagning?</p> <p>Smør</p> <p>Fast (vanlig) margarin (Per, Melange)</p> <p>Bliot (Soft, Soya) margarin</p> <p>Annen margarin</p> <p>Olje</p> <p>Annet fett</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 160	<p>VANE- OG KOSTENDRINGER</p> <p>Har De endret Deres vaner/kosthold i løpet av de siste 5 år når det gjelder: Sett kryss for hvert spørsmål</p> <p>Fett i kosten</p> <p>Soyamargarin eller matoljer</p> <p>Skummet melk eller lettmeik</p> <p>Kaffe-forbruk</p> <p>Alkohol-forbruk</p> <p>Fysisk aktivitet</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fett i kosten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soyamargarin eller matoljer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Skummet melk eller lettmeik</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kaffe-forbruk</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alkohol-forbruk</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fysisk aktivitet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Fett i kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soyamargarin eller matoljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skummet melk eller lettmeik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaffe-forbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol-forbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Ja	Nei																															
Fett i kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Soyamargarin eller matoljer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Skummet melk eller lettmeik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Kaffe-forbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Alkohol-forbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>Braker De noen av disse varene i løpet av en vanlig uke?</p> <p>Potetgull (potetchips)</p> <p>Sjokolade, konfekt, drops, pastiller</p> <p>Tran</p> <p>Vitaminpiller</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Potetgull (potetchips)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sjokolade, konfekt, drops, pastiller</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tran</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vitaminpiller</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 161		Ja	Nei	Potetgull (potetchips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjokolade, konfekt, drops, pastiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitaminpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Gjør De noe forsøk på å endre kroppsvekten Deres? Dersom «Ja» besvar da:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gjør De noe forsøk på å endre kroppsvekten Deres?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Gjør De noe forsøk på å endre kroppsvekten Deres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Ja	Nei																															
Potetgull (potetchips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Sjokolade, konfekt, drops, pastiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Vitaminpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Ja	Nei																															
Gjør De noe forsøk på å endre kroppsvekten Deres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>Akoho!</p> <p>Er De totalavholdsmann/-kvinne?</p> <p>Hvis Nei: Hvor ofte pleier De å drikke øl? Sett kryss i ruten der «Ja» passer best.</p> <p>Aldri, eller noen få ganger i året</p> <p>1-2 ganger i måneden</p> <p>Omtrent 1 gang i uken</p> <p>2-3 ganger i uken</p> <p>Omtrent hver dag</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Er De totalavholdsmann/-kvinne?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aldri, eller noen få ganger i året</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1-2 ganger i måneden</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Omtrent 1 gang i uken</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2-3 ganger i uken</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Omtrent hver dag</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> 162		Ja	Nei	Er De totalavholdsmann/-kvinne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omtrent 1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omtrent hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Jeg ønsker å legge på meg</p> <p>Jeg ønsker å slanke meg</p> <p>Hvor mange ars skolegang har De? (Ta også med folkeskole og ungdomsskole)</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Jeg ønsker å legge på meg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Jeg ønsker å slanke meg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hvor mange ars skolegang har De?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Jeg ønsker å legge på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg ønsker å slanke meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange ars skolegang har De?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei																															
Er De totalavholdsmann/-kvinne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
1-2 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Omtrent 1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
2-3 ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Omtrent hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Jeg ønsker å legge på meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Jeg ønsker å slanke meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Hvor mange ars skolegang har De?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

Har De siste år hatt behov for å snakke med/besøke lege uten å få kontakt?.....

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

Hvor lang reisetid (i minutter) har De fra Deres bolig til nærmeste fast bemannende legekontor?

Antall min.
<input type="text"/>

MENING OM HELSETJENESTEN

Hvor fornøyd er De med helsetjenesten i Deres hjemstedskommune?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Godt fornøyd.....
Fornøyd.....
Misfornøyd.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Mener De at helsetjenesten i Deres hjemstedskommune er blitt bedre de siste 4-5 år?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Bodde ikke i kommunen dengang.....
Bedre nå enn før.....
Bedre for 4-5 år siden.....
Uforandret.....
Vet ikke.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

Hvor fornøyd er De med sykehustjenesten i fylket?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Godt fornøyd.....
Fornøyd.....
Misfornøyd.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

MEDISINER

Har De siste år brukt tabletter, sprøyter eller astmaspray mot astma eller allergi?.....

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

Har De brukt følgende medisiner siste 14 dager?

Kryss av for hver medisin.

Smertestillende.....
Febersenkende.....
Eksemsalve.....
Syrenøytraliserende medisin.....
Sovemedisin.....
Nervemedisin.....
Avføringsmidler.....
Medisin mot epilepsi (fallesyke).....
Annen medisin.....

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

Bruker De tran regelmessig?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Bruker ikke tran.....
Bruker tran bare i mørketida.....
Bruker tran hele året.....
Bruker tran på annen måte.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

Hvor ofte brukte De tran de siste 2 månedene for Hjerte-kar undersøkelsen?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Sjeldnere enn en gang i uka.....
1-3 ganger i uka.....
4-6 ganger i uka.....
Daglig.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

FYSISK AKTIVITET I ARBEID OG FRITID

Hvor ofte utfører De fysisk aktivitet av minst 20 minutters varighet og som fører til at De blir svett eller andpusten?

Kryss av for sommer- og vinterhalvåret hver for seg.

Sjelden eller aldri.....
En gang i uka.....
Flere ganger i uka.....
Daglig.....

Sommer	Vinter
<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 De vanligvis utfører slik aktivitet minst en gang i uka, hvor mye tid bruker De ukentlig til slik aktivitet?

Kryss av for sommer- og vinterhalvåret hver for seg.

Mindre enn 30 minutter i uka.....
Mellom 30 minutter og 1 time i uka.....
Mellom 1 og 2 timer i uka.....
Mer enn 2 timer i uka.....

Sommer	Vinter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEID

Har De siste år hatt:

Sett kryss i den ruten som passer best.

Fulltidsarbeid.....
Deltidsarbeid.....
Ikke arbeid (lonnet).....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Hvor stor del av det daglige arbeid i hjemmet gjør De vanligvis selv?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Alt eller nesten alt.....
Minst halvparten.....
Mer enn en fjerdedel.....
Mindre enn en fjerdedel.....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

Hvor mange ulike arbeidsplasser har De hatt i løpet av de siste 5 år?.....

Antall
<input type="text"/>

Mener De at De står i fare for å kunne miste Deres nåværende arbeid eller økonomiske utkomme på grunn av nedleggelse, innskrenkninger eller andre årsaker i de nærmeste årene?.....

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

Har De noen av de følgende yrker som hovedyrke?

Kryss av for hvert yrke.

Fisker.....
Fiskeindustriarbeider.....
Anleggs-/gruvearbeider.....
Transportarbeider.....

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

Hvis De er fisker, vennligst besvar de neste 3 spørsmålene:

Hvor lenge har fiske vært Deres hovedyrke?.....

Antall år
<input type="text"/>

Hvilket redskap/bruk har De drevet mest med det siste året?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Juksa | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Garn | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Snurrevad | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Trål | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Seinot | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Mekanisert linedrift/autoline | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Vanlig line | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Annet, hvilket | <input type="checkbox"/> | 8 |

Hvor lang tid er De borte fra hjemmet under fiske?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| Bor i regelen hjemme | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2-3 dager | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Under 1 uke | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 1-2 uker | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 3-4 uker | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Mer enn 4 uker | <input type="checkbox"/> | 6 |

GEOGRAFISK BAKGRUNN

Hvor bodde De det meste av tiden før De fylte 16 år?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| På nåværende bosted | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Annet sted i Finnmark | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Troms/Nordland | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Norge ellers | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Utenfor Norge | <input type="checkbox"/> | 5 |

Hvor mange steder har De bodd i løpet av de siste 5 år?

Antall

Har De siste året vurdert å flytte?

Ja Nei

Hvis ja, var dette på grunn av misnøye med:

Kryss av for hver grunn.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - eget arbeid | <input type="checkbox"/> | Ja | Nei |
| - utdanningstilbud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - barns oppvekstvilkår | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fritidstilbud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - servicetilbud (forretninger, offentlige kontorer, osv.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - klimaet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - avstand til familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis De ikke har tenkt å flytte; hvilke av følgende forhold er avgjørende for å bli:

Kryss av for hver grunn.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - er sterkt knyttet til stedet fra oppveksten | <input type="checkbox"/> | Ja | Nei |
| - slektninger bor her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de fleste av vennene bor her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - har en jobb jeg trives med | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - har gode boligforhold her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - oppvekstvilkårene for barn er gode her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - trives med omgangstonen mellom folk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - lett adgang til utmark og fjell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nær naturkontakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HUSSTAND

Hvor mange personer bor det i Deres husstand?

Antall

Er noen i Deres husstand 10 år eller yngre?

Ja Nei

Er De enslig forsorger?

Ja Nei

Bortsett fra barn, er det noen i Deres husstand som trenger spesiell tilsyn/pleie?

Ja Nei

TRIVSEL OG SOSIAL KONTAKT

Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner De så godt at dere besøker hverandre av og til?

Antall

Hender det at De utveksler tjenester med naboer?

Kryss av for hver tjeneste.

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Låner ting (redskap, dagligvarer og liknende) | <input type="checkbox"/> | Aldri | Sjelden | Ofte |
| Passer hus/eiendom når man er bortreist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Passer barn, sitter barnevakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjelper til med arbeid, transport, reparasjoner, innkjøp osv. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Er De stort sett fornøyd med tilværelsen?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Meget fornøyd | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ganske fornøyd | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Litt misfornøyd | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Meget misfornøyd | <input type="checkbox"/> | 4 |

Oppfatter andre Dem som glad og optimistisk? ..

Ja Nei

Hender det at De i lengre perioder - i minst 14 dager - er trist og nedfor?

Ja Nei

Hvis ja, når på året er De mest plaget?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Ingen spesiell tid | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Særlig i mørketida | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Hele vinteren | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Særlig i midnattstida | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Særlig høst og vår | <input type="checkbox"/> | 5 |

Har De i løpet av de siste 14 dagene snakket med:

Kryss av for hvert spørsmål.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - noen i familien om gleder og sorger | <input type="checkbox"/> | Ja | Nei |
| - noen i familien om helsespørsmål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andre utenom familien om gleder og sorger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andre utenom familien om helsespørsmål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har familie, venner eller andre - i løpet av de siste 14 dagene - spurt Dem om råd når det gjelder sykdom og helse?

Ja Nei

Blir De utalmødig eller irritert når De må vente?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| Svært irritert | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Noe irritert | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ikke irritert | <input type="checkbox"/> | 3 |

Har De i de siste 14 dager følt Dem ute av stand til å takle Deres vanskeligheter?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Nei	<input type="checkbox"/>	1
Av og til	<input type="checkbox"/>	2
Oftre	<input type="checkbox"/>	3
Nesten hele tida	<input type="checkbox"/>	4

Hender det at De føler Dem ensom?

Sett kryss i ruten som passer best.

Nei	<input type="checkbox"/>	1
Av og til	<input type="checkbox"/>	2
Oftre	<input type="checkbox"/>	3

Hvor mange timer bruker De på lokal foreningsvirksomhet (som idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger) en vanlig arbeidsuke?.....

Antall timer

FRILUFTSLIV

Har De siste år drevet noen form for friluftsliv?...

Ja Nei

Omtrent hvor ofte har De siste år brukt noen av følgende transportmidler i utmark?

Svar på hvert enkelt transportmiddel.

Snoscooter	<input type="checkbox"/>
Traktor	<input type="checkbox"/>
Motorsykel/moped	<input type="checkbox"/>
Bil	<input type="checkbox"/>
Motorbåt i vassdrag	<input type="checkbox"/>

Antall ganger

Hvordan synes De mulighetene er for friluftsliv i Deres bostedskommune?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Meget gode	<input type="checkbox"/>	1
Ganske gode	<input type="checkbox"/>	2
Ikke gode	<input type="checkbox"/>	3
Dårlige	<input type="checkbox"/>	4

Hvordan synes De mulighetene er for friluftsliv i Finnmark utenom Deres bostedskommune?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Meget gode	<input type="checkbox"/>	1
Ganske gode	<input type="checkbox"/>	2
Ikke gode	<input type="checkbox"/>	3
Dårlige	<input type="checkbox"/>	4

Mener De at klimaet i Finnmark er begrensende for friluftslivet?.....

Ja Nei

Mener De at mørketida i Finnmark er begrensende for friluftslivet?

Ja Nei

Hvilke grunner har De til ikke å drive friluftsliv?

Kryss av for hver grunn.

Er ikke interessert	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
Har ikke tid eller råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har for dårlig helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får nok mosjon og frisk luft i mitt arbeide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er mer opptatt av andre fritidsgjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har mulighetene for friluftsliv betydning for at De blir boende i Finnmark?

Sett kryss i den ruten som passer best.

Meget stor betydning	<input type="checkbox"/>	1
Stor betydning	<input type="checkbox"/>	2
Noen betydning	<input type="checkbox"/>	3
Ingen betydning	<input type="checkbox"/>	4

HELSEVANER

Tenker De bevisst på helsen når De kjøper inn matvarer?.....

Ja Nei

Hvilke vaner har Deres nærmeste familie? De fleste av dem: (Kryss av for hver vane)

- røyker	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Vel	<input type="checkbox"/>	ikke
- bruker soyamargarin på brødskiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- drikker mindre alkohol enn folk flest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- drikker mer enn 8 kopper kaffe daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trener fysisk minst 2 ganger i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke vaner har Deres venner/arbeidskamerater? De fleste av dem: (Kryss av for hver vane)

- røyker	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Vel	<input type="checkbox"/>	ikke
- bruker soyamargarin på brødskiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- drikker mindre alkohol enn folk flest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- drikker mer enn 8 kopper kaffe daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trener fysisk minst 2 ganger i uka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skjemaet utfyllt den: date

Merknader til ett eller flere av spørsmålene

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIEDÁHUS VÁIBMOSIVVA – GEAHČADEAMI BIRRA

(Guoská dušše sutnje geasa breva lea čállojuvvon)

Váibmosivva-geahčadeapmi bohtá du báikái.

Goas ja gosa galggat bohtit gávnnat sierra šemas mii čuovvu mielde.

Geahčadeami birra leat čilgen mielčuovvu brošyras.

Mii bivdit du deavdit jearahallanšema mii lea dás duogábealde ja dasto váldit dan dan mielde geahčadeapmái.

Geahpedan dihtii doaimmahaga, de ávžžuhat du váldit mielde dárogiel (girjegiel) teavstta gos du namma ja riegádanbeaivi čuožžu.

Jos leat hehttejuvvon boahtimis, de fertet diedihit mielčuovvu «jávkkansiva-diedáhusas».

Dearvuodaiguin

Gielddearvvasvuoda-ásahus

Fylkkadoavttir

Statens helseundersøkelse
(Stáhta dearvvasvuoda-geahčadeamit)

.....		
Namma	Riegádanbeaivi	Perssonnumma
.....		
Ruovttuobáiki gielda		
.....		

Finnmark III
sporeaxjema ②

22242101 FINNMÁRKKU 1987-88 VÁIBMOVIGI-GEAHČADEAMI
LASSIGAŽALDAGAT

Váibmovigit leat mánggaiáganat maid eat ollásit dieđe manne šaddet. Danin lea águmuš nu bures go vejolaš oazzut čielggasin mat dagahit vigiid ja mo dat viidánit.

Erenoamážit guoská dát lagamuš fulkkiid borramušdolu ja sin dávdadaide. Borramušdoalu dagaha ahte olbmui leat dávjá borasdávddat. Mii áigut maiddái čohkket dieđuid eará deatálaš dávdadaid birra nugo čovvejávi, sohkkárdávdda ja čielge-, juolge ja ladasdávddaid birra.

Mii sávvat ahte don sáhtásit deavdit dán sema nu bures go lea vejolaš ja sáddet dan Statens helseundersøkelser'ii konvoluhtas mas juo čuožžu gosa dát galgá sáddejuvvot. It dárbaš máksit maidege go dan sáddet. Jos it sáhte vástiidit áibbas dárkilit, de geahččal áhkkke nu bures go sáhtát. Gazaldagaid maid it sáhte vástiidit divttat orrut vástitkeahttá. Vástit daid eará gazaldagaid nu bures go lea vejolaš.

Diedut eai giedahallojuvvo almmolaččat.

Dearvuodaiguin

Finnmárkku fylkkadoavttir

Statens helseundersøkelser
(Stáhta dearvasvuodageahčadeamit)

Medisiinna fágasuorgi
Romssa Universitehta

Borramušdoalu dutkan
Oslo Universitehta

DEARVASVUODA DILLA					
Mo lea du dearvasvuodadilli? Merkes «juo» dahje «li» juohke gazaldaga bokte.					
Heittot	<input type="checkbox"/>				
li buorre lige heittot	<input type="checkbox"/>				
Dohkkálas	<input type="checkbox"/>				
Buorre	<input type="checkbox"/>	12			
Lea go dus val lea go leamas: Merkes «juo» dahje «li» juohke gazaldaga bokte.					
Liikedávda psoriasis	<input type="checkbox"/>				
Ástma	<input type="checkbox"/>				
Allergia eksema	<input type="checkbox"/>				
Lieddegavja- (suoide-) gasttahaht	<input type="checkbox"/>				
Bistevás bronkhitta	<input type="checkbox"/>				
Ladasleasmi	<input type="checkbox"/>				
Becterevá dávda	<input type="checkbox"/>				
Borasdávda	<input type="checkbox"/>				
Čielgepsá (jámálgan-dávda)	<input type="checkbox"/>				
Čielgepsá oalvebávccas	<input type="checkbox"/>	22			
Lea go dus val lea go leamas hávvi čovvejllis dahje čivzza-čoalis					
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	23			
Jos «juo», makkár hávvi?					
Čovvejllis	<input type="checkbox"/>				
Čivzza-čoalis	<input type="checkbox"/>				
In dieđe	<input type="checkbox"/>	25			
Makkár jagi gávdne dávdada vuosttas geardde					
..... 19.....	<input type="checkbox"/>				
Lea go hávvi duodastuvvon čadačuovggahan-govvideamis	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	27			
Lea go hávvi duodastuvvon gastroekopláin (čovvejllis geahččan eoddiillis revrrain)					
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	28			
Veallájedjet go buohccivlesus hávi geazil					
Leat go čuohtpaduvvon hávi geazil	<input type="checkbox"/>				30
Jos «juo», makkár jagi leat čuohtpaduvvon 19.....					32
Lea go dahje lea go leamas sáhppe-geadgi?					
	<input type="checkbox"/>				33
Lea go leamas maningeadge-dohppehallan dahje geadggi čáhceoarrit?					
	<input type="checkbox"/>				34
Leat go váivašuvvan suvra reavgganasain, čottadávddain dahje raddeboaldimiin					
	<input type="checkbox"/>				35
Leat go váivašuvvan dahje váivašuvvat go bákcasiguin bajágeahcen čovvejllis?					
	<input type="checkbox"/>				36
Jos «juo», earáhuvvot go bákcasat maññil go leat boradan?					
	<input type="checkbox"/>				37
Jos «juo» givssidit go bákcasat: Unnit					
Eambbo	<input type="checkbox"/>				38
Man boaris ledjet go vuosttas geardde dovdet dákkár bákcasiid jagi					
	<input type="checkbox"/>				40
Lea go dus sohkkárdávda					
	<input type="checkbox"/>				
Jos «juo», makkár jagi gávdne dávdada vuosttas geardde? 19.....					
Geavahat go: Insuliinna?	<input type="checkbox"/>				
Sohkkárdávdda tablehtaid?	<input type="checkbox"/>				
Duše dearvasiás borramušdoalu?	<input type="checkbox"/>				46
Váruhat go čuočvut buoridanplána maid leat o22on ..					
	<input type="checkbox"/>				47

Lea go dus spirralvihi?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> fi 48	Jos -juo-, leat go laddasat stiivát iddes guhkit go 30 minuvtta?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii
Jos vástáduš lea -juo-: Lea go vihi: olgesbealde	<input type="checkbox"/>	Leat go dus muhtimin unnán nahkárat?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> iii
gurotbealde	<input type="checkbox"/>	Jos -juo- makkár áiggi jagis leat dat váivvidan du eanemusat? Merkes gokko -juo- heive buoremusat Eai váivvit mearre áiggis	<input type="checkbox"/>
goappásiid bealde	<input type="checkbox"/> 49	Erenoamážit sevdnjes-áiggis	<input type="checkbox"/>
Man boaris ledjet go fuomášedje spirralvigi jagi	<input type="checkbox"/> 51	Erenoamážiy cuvges-áiggis	<input type="checkbox"/>
Leat go cuohpaduvvon spirraliin?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> in 52	Erenoamážit čakčat ja giddat	<input type="checkbox"/> 75
Šadde go dus buoridit spirralvigi gipsain dahje guottain (boalstarilin) julggiid gaskkas go ledjet njuorat-mánná?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii <input type="checkbox"/> in 53	Leat go unnán nahkárat váivvidan du mañimus jagis nu ahte dat váikkuhit bargonávccaide?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> eal
Merkes lagamus fuikkild bokte geain lea dahje lea leamaš spirralvihi:		Leat go leamas váivvis mañimus vahkuid? Merkes gokko -juo- heive buoremusat. In dahje hárve	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> iii
Áhči áhčis <input type="checkbox"/>	Áhči eatnis <input type="checkbox"/> 55	Muhtimin	<input type="checkbox"/>
Eatni áhčis <input type="checkbox"/>	Eatni eatnis <input type="checkbox"/> 57	Dávjá	<input type="checkbox"/>
Áhčis <input type="checkbox"/>	Eatnis <input type="checkbox"/> 59	Measta álo	<input type="checkbox"/>
Vieljas <input type="checkbox"/>	Oappás <input type="checkbox"/> 61		
Leat go mañimus 12 mánu gixsasuvvan čielgebákkasin mat leat bistán eambo go 4 vahku?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii 62	VÁNHEMIID JA OAPPÁID/VIELJAJID DÁVDDAT Merkes sin bokte geain lea leamaš dát dávdat: Á = áhčis Ea = eatnis V = vieljas O = oappás Vuoiñņas-slága dahje vuoiñņasvardin	<input type="checkbox"/> Á <input type="checkbox"/> Ea <input type="checkbox"/> V
Jos -juo-: Man boaris ledjet go ožžot čielgebákkasa? jagi	<input type="checkbox"/> 64	Sohkardávda	<input type="checkbox"/>
J = juo E = eai I = in diede		Ladasleasmi (revmatoid artritt)	<input type="checkbox"/>
Bohte go bákkasat dadistaga?	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I 65	Bechteraws dávda	<input type="checkbox"/>
Unnot go čielgebákkasat go lihkadat?	<input type="checkbox"/> 66	Borasdávda	<input type="checkbox"/>
Gullát go ihkku čielgebákkasiid geazii?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii 67	Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Lea go leamas čielgi stilvis iddes go lihkat ja bistá go dat guhki go 30 minuvtta?	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii 68	Čoavjehávvi dahje civcca-čoallehávvi	<input type="checkbox"/>
Leat go leamas cuovvovas laddasiin bákkasat guhkit go 3 mánu mañimus 3 jagis? Čibbeladdaslin	<input type="checkbox"/>	Ástma	<input type="checkbox"/>
Gargniiladdasiin		Ii oktage dáid dávdain	<input type="checkbox"/>
Siskkemus suorbmaladdasiin	<input type="checkbox"/>	BORRAMUŠDOALLU Lea go dus dearvasvuoda-borramušdoallu dál	<input type="checkbox"/> juo <input type="checkbox"/> ii
Eará laddasiin	<input type="checkbox"/> 72	Jos lea dus dearvasvuoda-borramušdoallu, de geahččal lihkká vástidit dáid gazaldagaid. Galle geardde boradat beaivvis dábálaččat! (Loge maiddá gáfestallanbottuid) 2 geardde beaivvis	<input type="checkbox"/>
		3 geardde beaivvis	<input type="checkbox"/>
		4 geardde beaivvis	<input type="checkbox"/>
		5 geardde beaivvis	<input type="checkbox"/>
		6 geardde dahje eambo beaivvis	<input type="checkbox"/> 115

Goas borsdat dahje jugat vuostta geardde ddes?

Ovdal dii. 0600
 Gaskal dii. 0600 ja 0800
 Gaskal dii. 0800 ja dii. 1000
 Dii. 1000 ja maŋŋil

116

Galle geardde bealvvis borat láibbi?

In bora láibbi
 1 geardde bealvvis
 2 geardde bealvvis
 3 geardde bealvvis
 4 geardde dahje eambo bealvvis

117

Man dávjá borat mállása?

Juohke beavve
 5-6 geardde vahkus
 4 geardde dahje hárvvit vahkus

118

Galle láibeajahasa borat dábalactat bealvvis?

Unnit go 2 vajahasa bealvvis
 2-4 vajahasa bealvvis
 5-6 vajahasa bealvvis
 7-8 vajahasa bealvvis
 9-12 vajahasa bealvvis
 13 vajahasa dahje eambo bealvvis

119

Makkár láibbi borat dávjimusat?

Ostojuvvon
 Ruovttu láibbojuvvon

120

Jos borat ostojuvvon láibbi, de makkár láibbi borat dávjimusat?

Nisoláibbi
 Fiinna (čuvges) láibbi
 Roavva (sevdnjes) láibbi

121

Jos borat ruovttu láibbojuvvon láibbi, de vástit man stuorra ossat leat roavvajáffut?

In geavat roavvajáffuid
 Unnit go ¼ roavvajáffuid
 ¼-½ roavvajáffuid
 Eambo go ½ roavvajáffuid

122

Maid biljat láibbe ala dábalactat?

Merkes -juo- dahje -in- juohke gažaldaga bokte
 Vilges (flskes) vuosttá
 Ruskes vuosttá
 Honnega, sirráha (sieráha), sohkkariid (láibbe alde)
 Syltta, marmelada

126

Eará mas leat sohkkarat (Sunda, sjokoiada,

Banos, Nette j.ea.)
 Majoneasa, majoneassaláhta
 Vuovvassæaguhusa
 Sálte márfi ja eará biergomárfiid
 Sárdinnaid, suvra sallidid, sálte guoli ja eará mil lea ráhkaduvvon guolis

131

Galle láse mielkki jugat dábalactat bealvvis?

In juga, dahje unnit go ovta láse
 1 láse bealvvis
 2 láse bealvvis
 3 láse bealvvis
 4 láse bealvvis
 5 láse bealvvis
 6 láse dahje eambo bealvvis

132

Makkár mielkki jugat dábalactat?

In juga mielkki
 Dábálas mielkki, čielga, suvra
 Skumma mielkki, čielga, suvra
 Gehppes mielkki
 Dábálas mielkki ja skumma/gehppes mielkki

133

Maid njuvddát láibbe ala dábalactat?

In maldege
 Vuoja (meierivuolja)
 Dábálas márgáriinna (Per, Melange)
 Litna márgáriinna (Soft, Soya)
 Vuoja mii leabbana álkidit
 Vuoja maid lea buorre njuvdit
 Gehppes márgáriinna (Minarin, Minett)
 Eará lágan márgáriinna

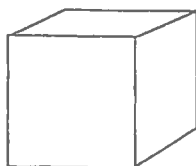
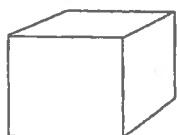
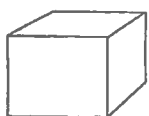
134

Boahte sliiddus leat tevdenen vuodja-njeallečiega-
 gliid mat govvidit alba sturrodaga. Merkes dan
 njeallečiegaga bokte mil govve dan meari maid
 don geavahat láibeajahasa.

Jos eahpidat, de geahttat njuvdit láibeajahasa.
 In geavat

--

22242101



Galle gohpu gáfe Jugat dábalattat bealvis?

In juga gáfe, dahje unnit go

- 1 gohpu beaivvis
- 1-2 gohpu beaivvis
- 3-4 gohpu beaivvis
- 5-6 gohpu beaivvis
- 7-8 gohpu bealvis
- 9-10 gohpu beaivvis
- 11 gohpu dahje eambo beaivvis

135

Ollu sohkkarild geavahat gáfes dahje gáffil?

In juga gáfe

- In geavat sohkkarild gáffi/gátes
- 1-2 sohkkara juohke gohppii
- 3-4 sohkkara juohke gohppii
- 5-6 sohkkara juohke gohppii
- 7 sohkkara dahje eambo juohke gohppii

137

Galle geardde vahkus geavahat dáld borramušald?

Manild (vussojuvvon dahje bassojuvvon)

In bora maniid, dahje unnit go

- 1 mani vahkus
- 1 mani vahkus
- 2 mani vahkus
- 3-4 mani vahkus
- 5-6 mani vahkus
- 7 mani dahje eambo vahkus

138

Áppelsinnaid

In bora áppelsinnaid, dahje unnit go

- 1 áppelsinna vahkus
- 1 áppelsinna vahkus
- 2 áppelsinna vahkus
- 3-4 áppelsinna vahkus
- 5-6 áppelsinna vahkus
- 7 áppelsinna dahje eambo vahkus

139

Eappeliid/peareriid

In bora eappeliid/peareriid dahje unnit go

- 1 eappela/pearera vahkus
- 1-2 eappela/pearera vahkus
- 3-4 eappela/pearera vahkus
- 5-6 eappela/pearera vahkus
- 7 eappela/pearera dahje eambo vahkus

140

Sáfta, bruvssa dahje eará sohkarjuhosiid

In goassege, dahje hárvvit go oktii vahkus

- 1-2 geardde vahkus
- 3-4 geardde vahkus
- 5-6 geardde vahkus
- 7 geardde dahje eambo vahkus

141

Gáhkuld, keavssald, váffelid dahje leavssald

In goassege, dahje hárvvit go oktii vahkus

- 1-2 geardde vahkus
- 3-4 geardde vahkus
- 5-6 geardde vahkus
- 7 geardde dahje eambo vahkus

142

Bjerggu dahje bjergborramušald mállisin

(maldái varra borramušald ja siskilusald)

Hárvvit go oktii vahkus

- 1-2 geardde vahkus
- 3-4 geardde vahkus
- 5-6 geardde vahkus
- 7 geardde vahkus

143

Guoili dahje eará guolleborramušald mállisin

Hárvvit go oktii vahkus

- 1- geardde vahkus
- 3-4 geardde vahkus
- 5-6 geardde vahkus
- 7 geardde vahkus

144

22242101

Eará lágan borramusaid mállsin nugo buvrru
(suohkeda) bánnogáhkuld, pizza j.ea.

Hárvvit go oktii vahkus
 1-2 geardde vahkus
 3-4 geardde vahkus
 5 geardde dahje eambo vahkus 145

Vuoja (vuoja, márgárlinna, biergovuoja dahje
buoidevuoja) birgul dahje bierggu áide

In goassege, dahje hárvvit go oktii vahkus
 1-2 geardde vahkus
 3-4 geardde vahkus
 5 geardde dahje eambo vahkus 146

Vuoja (vuoja, márgárlinna, biergovuoja dahje
buoidevuoja) guolláid dahje guoll áide

In goassege, dahje hárvvit go oktii vahkus
 1-2 geardde vahkus
 3-4 geardde vahkus
 5 geardde dahje eambo vahkus 147

Budehild mállásis dábalás vahkus

Hárvvit go 3 geardde vahkus
 3-5 geardde vahkus
 6-7 geardde vahkus 148

Galle budeha borat dábaláttat mállásis

Unnit go ovtta budeha juohke boradeames
 1 budeha juohke boradeames
 2 budeha juohke boradeames
 3-4 budeha juohke boradeames
 5 budeha dahje eambo juohke boradeames 149

Galle geardde mánuš geavahat dáid
borramusaid mállain?

Vussojuvvon dahje bassujuvvon márfliid
In goassege dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš (gitta oktii vahkus)
 5-8 geardde mánuš (gitta guktii vahkus)
 Eambo go 8 geardde mánuš (eambo go guktii
vahkus) 150

Biergogáhkuld, karbonadaid dahje suilassat
borramusaid

In goassege dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 Eambo go 8 geardde mánuš 151

Vussojuvvon bierggu, sávzabierggu kolaa
(fárikál), biergomálli, seahkalaasmállása j.ea.

In goassege, dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 Eambo go 8 geardde mánuš 152

Bassujuvvon bierggu (koteleahatid,
steikka j.ea.)

In goassege, dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 9-16 geardde mánuš
 Eambo go 16 geardde mánuš 153

Vussojuvvon guoli

In goassege, dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 9-12 geardde mánuš
 13-16 geardde mánuš
 Eambo go 16 geardde mánuš 154

Guollegáhkuld, guollepuddings, guollebollaíd

In goassege, dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 Eambo go 8 geardde mánuš 155

Bassujuvvon guoli

In goassege, dahje hárvvit go oktii mánuš
 1-2 geardde mánuš
 3-4 geardde mánuš
 5-8 geardde mánuš
 9-12 geardde mánuš
 13-16 geardde mánuš
 Eambo go 16 geardde mánuš 156

Man dávjá geavahat ruonásattuld
blrgul/blrgoborramusalde?

In goassege dahje hárvve
Muhtimin
Dávjá
Álo dahje measta álo

157

Man dávjá geavahat ruonásattuld
guollái/guolleborramusalde?

In goassege dahje hárvve
Muhtimin
Dávjá
Álo dahje measta álo

158

Man dávjá geavahat fiskesruohttasid
(vuosakeahhtes, vušbojuvvon, seaguhusas,
seahkalasmállásis j.ea.) blrgo- ja
guolleborramusain?

In goassege, dahje hárvvii go oktii mánuš
1-2 geardde mánuš
3-4 geardde mánuš
5-8 geardde mánuš
9-15 geardde mánuš
16 geardde dahje eambo mánuš

159

Makkár vuoja geavahat go ráhkadat borramusa?

Vuoja
Dábálas márgárinna (Per, Melange)
Litna márgárinna (Soft, Soyaj)
Eará márgárinna
Olju
Eará vuoja

160

Geavahat go dáld borramusald dábálas vahkus?

Budetvajahasaid (potegull)
Njálgáid
Trána
Vitaminpilláid

161

Álkoahla

Leat go don dakkár gii it juga álkoahla

162

Jos vástidat -in-:

Man dávjá jugat vuola?
Merkes gokko «juo» heive buoremusat

In goassege dahje moddii jagis
1-2 geardde mánuš
Sullii oktii vahkus
2-3 geardde vahkus
Sullii juohke beaivve

163

Man dávjá jugat vlna?

Merkes gokko «juo» heive buoremusat.

In goassege, dahje moddii jagis
1-2 geardde mánuš
Sullii oktii vahkus
2-3 geardde vahkus
Sullii juohke beaivve

164

Man dávjá jugat buollivlinnit?

Merkes gokko «juo» heive buoremusat

In goassege dahje moddii jagis
1-2 geardde mánuš
Sullii oktii vahkus
2-3 geardde vahkus
Sullii juohke beaivve

165

Man dávjá leat sullii juhkan álkoahla mañimus
jagis mii vástida 5 bohtalbeale vuola, oites
bohtala vlna dahje ¼ bohtala buollivlinni?

Merkes gokko «juo» heive buoremusat
In leat juhkan mañimus jagis
Moatte geardde
1-3 geardde vahkus
1-2 geardde vahkus
3 geardde dahje eambo vahkus

166

DÁBIID JA BORRAMUŠDOALU EARÁHUHTTIMAT

Leat go earáhuhtán leat dálld/borramušdoalu
mañimus 5 jagis mii guoaká;
Merkes juohke gažaldaga bokte

Vuoja biepmus
Soyamárgáriina dahje borramušolju
Skumma mielkki dahje gehppes mielkki
Gáfe-juhkan
Álkoahla
Rumašlas lihkaeapmi

17

Geahccalat go dahkat maidege iežat deattuin?
Jos «juo», de vástii:
Mon háliidan buoidut
Mon háliidan seaggut

174

Oahppu

Galle jagi skuvla lea dus
(Váldde mielde maiddál álbmotskuvla ja nuoraid-
skuvla)?

176

Buorre vuostáiváldi!

Gieskat ožžot don bovdehusa váibmo- ja suotnadávda-iskkkadeapmái Finnmarkkus. Mii dáhtošeimmet boahhtit diehtit mo álbmot lea vuhtiiváldán dán iskkadeami. Maiddái dáhtošeimmet boahhtit diehtit dilálašvuodaid main leat váikkuhusat dearvvasvuhtii ja áiggegollamii. Dása gullet rumašlaš barggut ja olgoáimmoeallin, mo lea oktavuoha ja mo dat geavahuvvo dearvvasvuodabálvalusain, ja váttisvuodat maid eretfáren ja bissomeahtun bargosajit buvttihit.

Sivva ahte namma ja riegádanlohku lea ala čállojuvvon, lea ahte sulastahttit vástádusaid čuvgehusaiguin maid leat ožžon váibmo- ja suotnadávdaiskadeamis. Mii deattuhit ahte buot vástádusat

ja bohtosat meannuduvvojit áibba čihkosit. Buot maid don vástidat dán gažaldatbáhpára ala, geavahuvvojit duššefal dutkamii. Dán iskkadeami bokte veahkehat don oazžut čielggasin dilálašvuodaid main leat váikkuhusat dearvvas- ja buohcuvuhtii. Dása gullet sihke váibmo- ja suotnadávddat ja bohtosávda, man gal lea dehálaš buoridit boahhte áiggis.

Gárvves devdojuvvon gažaldatbáhpára oaččut sáddet fárusčuovvu vástáduskonvoluhta siste. Sáddengollu lea máksojuvvon.

Mii giitit ovddalgihtti veahki ovddas!

Ustitlaš dearvuodaiguin

Stáhta Dearvvasvuodaiskkadeamit

Finnmarkku Fylkkadoavttir

Servodatmedisiinna Instituhtta

Romssa Universitehta

<p>VÁIBMO—JA SUOTNADÁVDA ISKKADEAPMI</p>	<p>Jo In</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Addui go du mielas doarvái diedáhus iskkadeami birra</p>	<p>Jo In</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Fitnet go Váibmo- ja suotna dávda iskkadeamis</p>	<p>1 2 3</p>	<p>Orui go vuordináigi iskkadeamis menddo guhkki</p>	<p>Jo In</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Jos fitnet, mii lei deháleamos sivva dohko mannat?</p>	<p>4 5</p>	<p>Ledjet go duhtavaš iskkadeamiin nu mo dat čada-huvvui?</p>	<p>Jo In</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>OKTAVUOHTA DEARVVASVUODA DAHJE BUOHCUVUODA GEAZIL</p>	<p>Galle- mat</p> <p><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"/></p>
<p>Dehálaš iežan dearvvasvuoda dihtii</p>		<p>Dábalaš doaktára luhtte</p>	
<p>Buorit bohtosat dákkáraš iskkadeamiin ovdežis ..</p>		<p>Spesialista doaktára luhtte olggobeal buohcieveisu</p>	
<p>Gádden buohkat fertejit dohko mannat</p>		<p>Bargosajedoaktára luhtte</p>	
<p>Dehálaš doarjut dutkamiid mat gullet dáid iskkade- miide</p>		<p>Buohcieveisu buohcedikšu luhtte</p>	
<p>Eará sivat</p>		<p>Ruvvejeddji luhtte</p>	
<p>Čále sivaidd</p>		<p>Kiropraktora luhtte</p>	
<p>.....</p>		<p>Luondudálkkasteaddji luhtte (homeopáhta, laht- tobuorideaddji ja sullasaččat)</p>	
<p>.....</p>		<p>Poliklinihkas buohcieveisu</p>	
<p>.....</p>		<p>Gallii dus lea leamaš doaktárin oktavuoha dearvvasvuoda dahje buohcuvuoda geazil?</p>	
<p>.....</p>		<p>Vástit juohke gažaldaga.</p>	
<p>.....</p>		<p>Gallii buohcieveisu leat veallán manimus jagi</p>	
<p>.....</p>		<p>Gallii doavttir lea fitnan du geahčen manimus jagi ..</p>	
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p>			

Leamaš go dus mañimus jagis dárbu hállat/hupmat doaktáriin dahje beassat doaktára lusa itge leat ožžon oktavuoda?

Jo	li
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Man guhká (galle minuvvta) ádjánat dálustat johtit lagamus rabas doavterkántuvrii gos lea doavttir

Galle min
<input type="checkbox"/>

OAIIVIL DEARVVASVUODABÁLVALU-SA HÁRRAI

Man duhtavaš leat don ássangielddat dearvvasvuodabálvalusain?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Bures duhtavaš
 Duhtavaš
 Duhtameahtun

1
2
3

Oaivvildat go ahte ássangielddat dearvvasvuodabálvalus lea buorránan mañimus 4-5 jagis?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Ledjen eret gielddas dan áiggi
 Buoret dál go ovdal
 Buoret 4-5 jagi dás ovdal
 li leat earáhuvvan
 In dieida

1
2
3
4
5

Man duhtavaš leat fylkka buohcceviessobálvalusain?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Bures duhtavaš
 Duhtavaš
 Duhtameahtun

1
2
3

DÁLKASAT

Leat go mañimus jagis geavahan táblehtaid, dálkaskasirggoniid dahje ástmacirggoniid ástma dahje allergia vuostái?

Jo	In
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leat go dálid dálkasiid geavahan mañimus 14 bealvis?

Sárges ruossa juohke dálkasiid.

Bávččasváidudan dálkasiid
 Feberváidudan dálkasiid
 Ruošmivuidasa
 Coavjesuvrrusváidudan dálkasiid
 Nohkkadandálkasiid
 Nearvadálkasiid
 Baikkihan gaskaomiid
 Dálkasiid jámálgandávdda vuostái
 Eará dálkasiid

Jo	In
<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geavahat go guolevuoja?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

In geavat guolevuoja
 Geavahan guolevuoja dušše skábman
 Geavahan guolevuoja miehtá jagi
 Geavahan guolevuoja earáláhkái

1
2
3
4

Man dávjá geavahit guolevuoja mañimus guokte mánu ovdal váibmo-ja suotnadávdaiskadeami?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

In ba oktii ge vahkus
 1-3 vahkus
 4-6 vahkus
 Beaivválaččat

1
2
3
4

RUMAŠLAŠ LIHKADEAPMI BARGUS JA ASTOÁIGGE

Man dávjá lihkadat rumašlaččat uhcimusat 20 minuvvta nu ahte don bivastuvat dahje šieddaluvat?

Sárges ruossa sihke dálvvi ja geasi ovddas.

Hárvvet dahje in goassige
 Oktii vahkus
 Moddii vahkus
 Beaivválaččat

Geas-	Dál-
set	vet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos dáblaččat lihkadat rumašlaččat uhcimusat oktii vahkus, man olu geavahat vahkkui áiggi?

Sárges ruossa sihke dálvvi ja geasi ovddas.

Unnit go 30 minuvvta vahkus
 Gaskal 30 min. ja diimmu vahkus
 Gaskal diimmu ja guokte diimmu vahkus
 Eambo go 2 diimmu vahkus

Geas-	Dál-
set	vet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BARGU

Leamaš go dus mañimus jagis:

Sárges dan ruvttui mii heive buoremusat.

Olles bargu
 Bealle bargu
 li báikkábargu

1
2
3

Man olu beaivválaš barggus barggat dáblaččat ieš ruovttus?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Dadajat jo buot
 Uhcimusat beali
 Eambo go njealjátoasi
 Unnit go njealjátoasi

1
2
3
4

Man olu sierralágán bargosajit leat leamaš dus mañimus 5 jagi?

Lohku
<input type="checkbox"/>

Lea go dus ballu manahit barggu dahje diatnasa heahttiheami, unnideami dahje eará sivaiddat geažil daid lagamus jagiid?

Jo	li
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea go dus dás oktage váldobargun vulobealde namahuvvon bargguin?

Sárges ruossa juohke barggu nammii.

Guollebivdi
 Guollebargi
 Ráhkadus-/ruvkebargi
 Fievrrideaddji

Jo	li
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos leat guollebivdi, de fástit čuovvovaš 3 gázaldaga:

Man guhká leamaš guollebivdi du váldobargun?

Galle
agi
<input type="checkbox"/>

Mo leat bivdán eanemusat maŋimus jagi?

- Giehtaváduin
- Firpmiin
- Flinddar bodnenihtin (snurrevad)
- Botnenihtin (tráll)
- Sáidenihtin
- lešbivdi uštagiin
- Dábálaš uštagiin
- Eará bivdosiin, mainna

1
2
3
4
5
6
7
8

Guhká leat eret ruovttus go leat guollebivddus?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- Orun eanas ruovttus
- 2-3 beaivvi
- Váile vahku
- 1-2 vahku
- 3-4 vahku
- Guhkit go 4 vahku

1
2
3
4
5
6

ÁSSAN DUOGÁŠ

Gos orrot don guhkimusat ovdal go devdet 16 jagi?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- Das gos dál ge
- Eará sajis Finnmárkkus
- Romssas/Nordlánddas
- Eará sajis Norggas
- Olgoriikkas

1
2
3
4
5

Lohku

--

Man galle sajis leat orron maŋimus 5 jagis? ...

Jo	In

Leat go maŋimus jagis jurddašan fárrret?

Jos nu, ledjet go duhtameahttun:

Sárges ruossa juohke sivvi.

- bargguin
- oahppafálaldagain
- mánáid bajásáddan eavttuin
- astoáiggi fálaldagaiguin
- bálvalusfálaldagaiguin (gávppit, almmolaš kántuvrat, jno)
- dálkkiin
- dainna go lea guhkes mátki bearraši

Jo	In

Jos it leat jurddašan fárrret: mat sivat ledje mearri-deaddjin ahte bisánit?

Sárges ruossa juohke sivvi.

- lean orron dán páikkis mánnávuoda rájis
- fuolkkit orrot dáppe
- eanaš ustibat orrot dáppe
- loavttán áiggi barggus
- buorre visti
- mánáide lea buorre dáppe orrot
- soabalašvuohhta olbmuid gaskkas
- álki meahccái beassat
- luonddu lahka eallit

Jo	li

ORRUNSADJI/VISTI.

Gallis lehpvet dii ovttá dálus

Leago oktage dálus 10 jagi dahje nuorat

Leat go okto birgejeaddji

Earret mánáid, leago du dálus oktage gii dárbbaba erenoamáš geahču/divššu

Lohku

--

Jo li

--	--

Jo in

--	--

Jo li

--	--

MO ÁIGI GOLLÁ JA OKTAVUOHTA EARÁIGUIN

Man ollu siidaguimmiid/ránnjaid dovddat nu bures ahte gallestallabehtet goappat guimmiideattet ain duoliet dálle?

Lohku

--

Dáhpáhuvvá go ahte dii siidaguimmežat veahkehallabehtet goappat guimmiideattet.

Sárges ruossa juohke veahki namas.

luoikkahallat birgeasiid?

dállodoallin go ieža leat eret mannan?

mánnágeahččin?

veahkehit barggus, fievrredit, divodit ja gávppašit jna?

Eat

ge

Hárvet

Dávjá

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Leat go duhtavaš dilálašvuodain?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Hui duhtavaš

Duhtavaš

Veahás duhtameahttun

Albma duhtameahttun

1

2

3

4

Jo In

--	--

Leat go earáid mielas buorrelelalaš itge eahti-deaddji?

Jo li

--	--

Dáhpáhuvvá go guhkit áiggi - 14 beaivve - ahte don leat fuones mielas?

Jos nu lea. Goas jagis givssida dát eanemusat du?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Eai leat erenoamáš áiggit

Erenoamážit skábman

Oppa dálvvi

Erenoamážit go gaskajabeaivváš báitá

Erenoamážit giddat ja čakčat

1

2

3

4

5

Leat go maŋimus 14 beaivvis háleštan/humadan:

Sárges ruossa juohke gažaldaga nammii.

- geainna ge bearrašis somáid ja váivviid birra?

- geainna ge bearrašis dearvasvuoda birra?

- eará olbmuiquin iluid ja váivviid birra?

- eará olbmuiquin dearvasvuoda birra

Jo In

--	--

--	--

--	--

--	--

Leat go du olbmot, ustibat dahje eará olbmot - maŋimus 14 beaivvis - jearran buohcuvuoda ja dearvasvuoda birra rádi dus?

Jo Eai

--	--

Šattat go mášoeapmin dahje gierdameahttum in go fertet vuordit?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

Hui gierdameahttun

Veahás gierdameahttun

In suhta oppanassiige

1

2

3

Leat go mañimus 14 beaivvis dovdan ahte it nagut hálddašit váttisvuodaidat?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- In leat
- Muhtimin
- Dávjá
- Dadjat oruskahtá

1
2
3
4

Dovddat go iežat goassige okto?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- In goassige
- Muhtimin
- Dávjá

1
2
3

Galle diimmu geavahat báikkálaš searvebargguide (gilvohallansearvá, politihkalaš bellodahkil, oskku dahje eará servviide) dábálaš bargovahkus?

Galle diimmu

--

OLGOÁIMMOEALLIN

Leat go mañimus jagis návddašan man ge lágan olgoáimmoeallima?

Jo	In
----	----

Sullii man dávjá leat geavahan dáid fievruid mañimus jagi meahcis?

- Mohtorgielkká
- Tráktora
- Mohtorsyhkkela/mopeda
- Biilla
- Fatnasa jávrriin ja jogain

Galle beaivvi

Mo du mielas orrot olgoáimmoeallima vejolašvuodas dan gielddas gos orut?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- Viehka buorit
- Hui buorre
- Fuotni
- Áibbas fuotni

1
2
3
4

Mo du mielas orrot olgoáimmoeallima vejolašvuodas Finnmárkkus earret du ássan gielddas?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- Veahka buorit
- Hui buorre
- Fuotni
- Áibbas fuotni

1
2
3
4

Oaivvildat go don ahte dálkkit Finnmárkkus leat hehttehussan olgoáimmoeallimii

Jo	In
----	----

Oaivvildat go ahte skábma Finnmárkkus lea hehttehussan olgoáimmoeallimii

Jo	In
----	----

Makkár sivat leat dus ahte it návddaš olgoáimmoeallima?

Sárges ruossa juohke siva nammii.

- In beroš
- li leat áigi iige ráddi
- Buoza ealán
- Lihkadan ja lean doarvái olgun bargosajistan
- Leat eará áiggegolut

Jo	In

Leat go olgoáimmoeallima vejolašvuodas mearkašupmin ahte dáhtut orrot Finnmárkkus?

Sárges ruossa dan ruvttui mii heive buoremusat.

- Erenoamáš stuorra mearkašupmi
- Hui stuorra mearkašupmi
- Veaháš mearkašupmi
- li veaháš ge

1
2
3
4

DEARVVASVUODA VIERUT

Jurddašat go dearvvasvuodas ala go gávppašat borramušaid?

Jo	In
----	----

Makkáraš vierut leat du lagamus bearrasis?

Eatnašat sis: (sárges ruossa juohke vieru nammii)

- duhpáha borgguhit
- geavahit soyavuoja láibevajahasa alde
- juhket unnit álkohola go olbmot dábálaččat
- juhket beaivválaččat eambo go 8 gohpu gáfe. . .
- hárhallet rumašlaččat unnimusat 2 geardde vahkus

Jo	Eai	In	diede

Makkár vierut leat du ustibiin/bargoskihpáriin?

Eatnašat sis: (sárges ruossa juohke vieru nammii)

- duhpáha borgguhit
- geavahit soyavuoja láibevajahasa alde
- juhket álkohola unnit go olbmot dábálaččat
- juhket beaivválaččat eambo go B gohpu káfe . . .
- hárhallet rumašlaččat unnimusat 2 geardde vahkus

Jo	Eai	In	diede

Skovvi/šema devdojuvvon:

dáhtton

Lasáhusat ovttá dahje eambo dáid gažaldagaide

.....

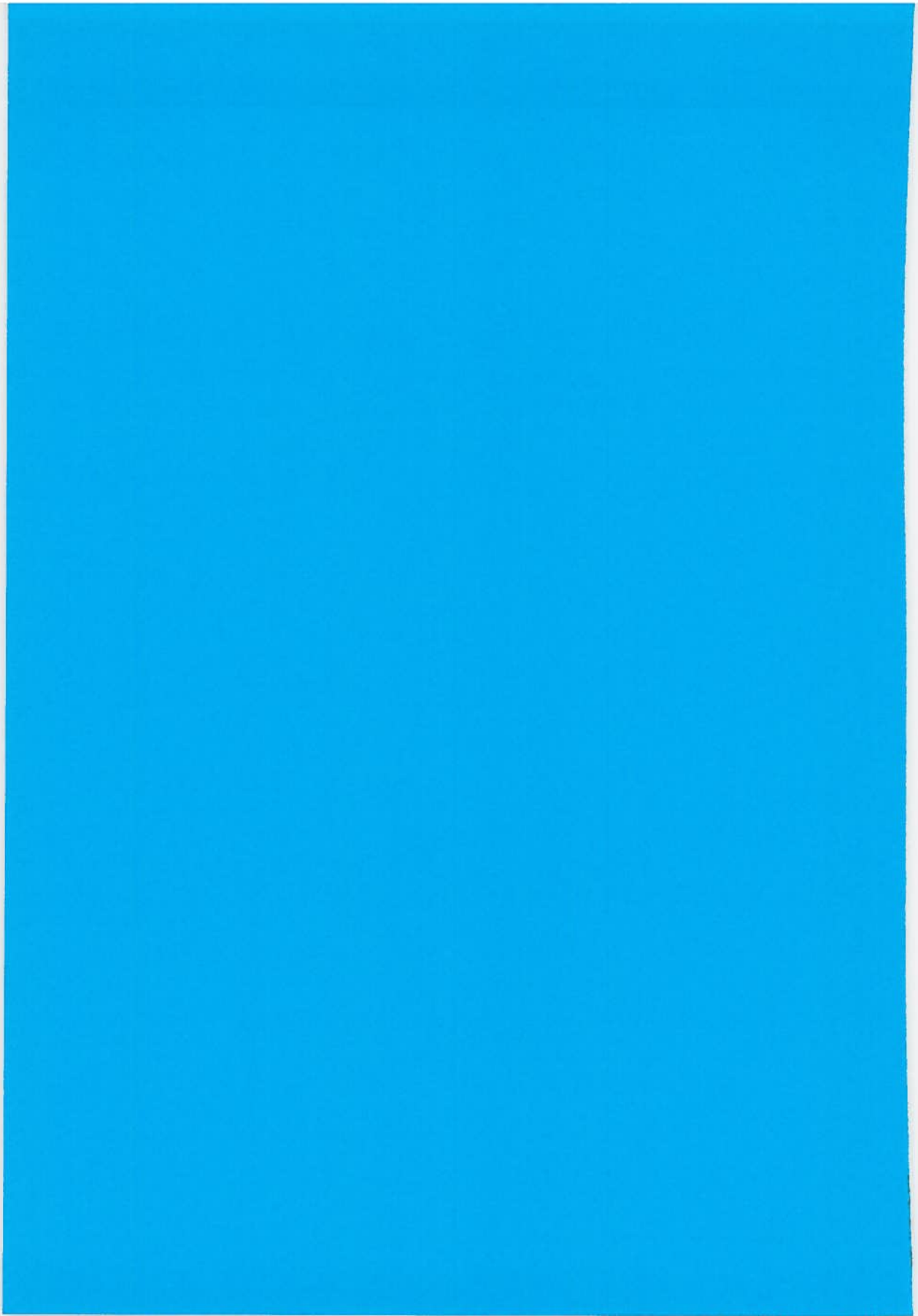
.....

.....

.....

.....

Finnmark IV: Spørreskjema 1,2 Norsk
Finnmark IV: Spørreskjema 1,2 Samisk



MELDING OM HJERTE- KARUNDERSØKELSE

(Gjelder bare den person brevet er adressert til.)

Finnmark IV+V
Spørreskjema 1

Hjerte- karundersøkelsen kommer nå til Deres distrikt.

Tid og sted for fremmøte vil De finne nedenfor.

Orientering om undersøkelsen finner De i den vedlagte brosjyren.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

KOMMUNEHELSETJENESTEN FYLKESLEGEN
UNIVERSITETET I TROMSØ
STATENS HELSEUNDERSØKELSER

Født dato	Personnr.	Kommune	Kretsnr.		
Møtested		Kjønn	Første bokstav i etternavn	Dag og dato	Klokkeslett

Finnmark
Sporeskjema 2

Kjære mottaker!

rets hjerte-karundersøkelse har et utvidet siktemål. På bakgrunn av de siste års utvikling i Finnmark er det ønskelig å artlegge forhold som virker inn på helse, trivsel og levekår vid forstand.

loen av spørsmålene dreier seg om nokså personlige forhold, men vi håper likevel du vil svare på dem. Vennligst vær øye med å krysse av på flest mulig av spørsmålene.

Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig. Resultatene vil bli brukt til forskning. Gjennom å svare på spørsmålene vil du bl.a. bidra til å fremskaffe kunnskap om hvordan forholdene i Finnmark i dag påvirker folks helse.

Utfylte skjema sendes i vedlagte svarkvolutt.
Porto er betalt.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Statens helseundersøkelser Fylkeslegen i Finnmark
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

HELSETILSTAND

1 Hvordan er din helsetilstand?

1 kryss i den ruten som passer best.

Dårlig	12	<input type="checkbox"/>	1
Hverken god eller dårlig		<input type="checkbox"/>	2
Bra		<input type="checkbox"/>	3
Utmerket		<input type="checkbox"/>	4

2 Hvor ofte er du plaget av hodeplne?

Sjelden eller aldri	13	<input type="checkbox"/>	1
En eller flere ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
En eller flere ganger i uken		<input type="checkbox"/>	3
Daglig		<input type="checkbox"/>	4

3 Hvor ofte er du plaget av smerter i nakke eller skuldre?

Sjelden eller aldri	14	<input type="checkbox"/>	1
En eller flere ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
En eller flere ganger i uken		<input type="checkbox"/>	3
Daglig		<input type="checkbox"/>	4

4 Reduserer plagene i hodet, nakken eller kuldrene din arbeidsevne?

Aldri, eller i ubetydelig grad	15	<input type="checkbox"/>	1
I noen grad		<input type="checkbox"/>	2
I betydelig grad		<input type="checkbox"/>	3
Klarer ikke vanlig arbeid		<input type="checkbox"/>	4

5 Hvor ofte er du plaget av rygg smerter?

Sjelden eller aldri	16	<input type="checkbox"/>	1
En eller flere ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
En eller flere ganger i uken		<input type="checkbox"/>	3
Daglig		<input type="checkbox"/>	4

6 Er du, eller har du i løpet av det siste året vært plaget av smerter eller verk i magen?

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

7 Hvor mange ganger har du hatt luftveisinfeksjon - slik som forkjølelse, influensa, bronkitt eller bihulebetennelse et siste halve året?

		Antall
	18	<input type="text"/>

8 Hvor mange av dine egne tenner har du mistet (sett «0» hvis ingen tenner)?

		Antall
	20	<input type="text"/>

KONTAKT MED HELSETJENESTEN

9 Har du siste år hatt behov for å snakke med/besøke lege uten å få kontakt? ... 22

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

10 Har du siste år vært i kontakt med helse-tjenesten på grunn av skade/ulykke? ... 23

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

11 Hvis «ja», hvordan oppsto skaden?

Arbeidsulykke	24	<input type="checkbox"/>	1
Hjemmeulykke		<input type="checkbox"/>	2
Trafikkulykke /snøscooter		<input type="checkbox"/>	3
Void fra annen person		<input type="checkbox"/>	4
Annet		<input type="checkbox"/>	5

12 Hvis «ja», hvor mange dager var du sykmeldt på grunn av skade/ulykke siste år? ... 25

		Antall
	25	<input type="text"/>

(Sett «0» hvis du ikke var sykmeldt).

13 Hvor mange besøk har du hatt siste år pga egen helse eller sykdom?

Svar på hvert enkelt spørsmål.

		Antall
Hos vanlig lege	28	<input type="text"/>
Hos spesialist utenfor sykehus	30	<input type="text"/>
På sykehusets poliklinikk	32	<input type="text"/>
Hos bedriftslege	34	<input type="text"/>
Hos fysioterapeut	36	<input type="text"/>
Hos sykepleier på sykestue	38	<input type="text"/>
Hos tannlege	40	<input type="text"/>
Hos kiropraktor	42	<input type="text"/>
Hos naturmedisiner (homeopat, soneterapeut og lignende)	44	<input type="text"/>

14 Hvor mange ganger har du søkt hjelp hos håndspålegger eller «leser» siste år ... 46

		Antall
	46	<input type="text"/>

15 Antall innleggelses på sykehus siste år ... 48

16 Hvor fornøyd er du med helsetjenesten i din hjemstedskommune?

		1
Godt fornøyd	50	<input type="checkbox"/>
Fornøyd		<input type="checkbox"/>
Misfornøyd		<input type="checkbox"/>

17 Har du brukt følgende medisiner siste 14 dager? Kryss av for hver medisin.

		Ja	Nei
Smertestillende	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syreneutraliserende medisin	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervemedisin	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOSTHOLD OG HELSEVANER

Hva slags melk drikker du vanligvis?

Drikker ikke melk	55	<input type="checkbox"/>	1
Helmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	2
Lettmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	3
Skummet melk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	4

Har du endret dine vaner/kosthold i løpet av de siste 3 år når det gjelder: Sett kryss for hvert spørsmål.

		Bruker nå:		
		Mer	Som før	Mindre
Fett i kosten	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk eller lettmelk	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe-forbruk	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol-forbruk	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEID

Er du for tiden:

I fulltidsarbeid	61	<input type="checkbox"/>	1
I deltidarbeid		<input type="checkbox"/>	2
Permittert		<input type="checkbox"/>	3
Helt eller delvis arbeidsledig		<input type="checkbox"/>	4
Annet		<input type="checkbox"/>	5

Mener du at du står i fare for å kunne miste ditt nåværende arbeid eller økonomiske utkomme på grunn av nedleggelse, innskrenkninger eller andre årsaker de nærmeste årene?

Ja Nei

Har du for tiden noen av følgende yrker som hovedyrke? Kryss av for hvert yrke.

		Ja	Nei
Fisker	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeindustriarbeider	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleggs-/gruvearbeider	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportarbeider	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reindriftsutøver	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilket yrke har du hatt størsteparten av ditt yrkesaktive liv? Kryss av for hvert yrke.

		Ja	Nei
Fisker	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeindustriarbeider	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleggs-/gruvearbeider	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportarbeider	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reindriftsutøver	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilket yrke har din ektefelle/samboer hatt størsteparten av sitt yrkesaktive liv? Kryss av for hvert yrke.

		Ja	Nei
Fisker	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeindustriarbeider	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleggs-/gruvearbeider	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportarbeider	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reindriftsutøver	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange steder har du bodd i løpet av de siste 3 år?

Antall

Har du siste året vurdert å flytte?

Ja Nei

Hvis ja, var dette på grunn av mlsnøye med: Kryss av for hver grunn.

- eget arbeid	81	<input type="checkbox"/>
- utdanningstilbud	82	<input type="checkbox"/>
- barns oppvekstvilkår	83	<input type="checkbox"/>
- fritidstilbud	84	<input type="checkbox"/>
- servicetilbud (forretninger, offentlige kontorer, osv.)	85	<input type="checkbox"/>
- klimaet	86	<input type="checkbox"/>
- avstand til familie	87	<input type="checkbox"/>

Var noen av følgende grunner av betydning for å vurdere flytting? Kryss av for hver grunn.

- usikkert eller manglende arbeid	88	<input type="checkbox"/>
- mulighet for høyere stilling/lønn	89	<input type="checkbox"/>
- planer om videre utdanning	90	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke har vurdert å flytte; hvilke av følgende forhold er avgjørende for å bli? Kryss av for hver grunn.

- er knyttet til stedet fra oppveksten	91	<input type="checkbox"/>
- slektninger bor her	92	<input type="checkbox"/>
- de fleste av vennene bor her	93	<input type="checkbox"/>
- har en jobb jeg trives med	94	<input type="checkbox"/>
- har gode boligforhold her	95	<input type="checkbox"/>
- oppvekstvilkårene for barn er gode	96	<input type="checkbox"/>
- trives med omgangstonen mellom folk	97	<input type="checkbox"/>
- lett adgang til utmark og fjell	98	<input type="checkbox"/>
- nær naturkontakt	99	<input type="checkbox"/>

Er noen av følgende grunner av betydning for ikke å vurdere flytting? Kryss av for hver grunn.

- er bundet av gjeld på stedet	100	<input type="checkbox"/>
- mangel på arbeid andre steder	101	<input type="checkbox"/>
- ektefelle får ikke jobb andre steder	102	<input type="checkbox"/>
- er bundet av omsorgsansvar	103	<input type="checkbox"/>

Hvor mange av dine nærmeste slektninger eller faste omgangsvenner har flyttet fra kommunen i løpet av de siste 3 år? Sett «0» hvis ingen har flyttet.

- Nære slektninger	104	<input type="checkbox"/>
- Faste omgangsvenner	106	<input type="checkbox"/>

FYSISK AKTIVITET I ARBEID OG F

Hvor ofte utfører du fysisk aktivitet av minst 20 minutters varighet og som fører til at du blir svett eller andpusten? Kryss av for sommer- og vinterhalvåret hver for seg

		Som	me
Sjelden eller aldri	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i uka	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere ganger i uka	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10E

TRIVSEL OG SOSIAL KONTAKT

Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at dere besøker hverandre av og til?

Ant

Hender det at du utveksler tjenester med naboer?

Kryss av for hver tjeneste.

Låner ting (redskap, dagligvarer og lignende)	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer hus, eiendom når man er bortreist	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer barn, sitter barnevakt	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelper til med arbeid, transport, reparasjoner, innkjøp, osv.	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du stort sett fornøyd med tilværelsen?

Meget fornøyd	116	<input type="checkbox"/>	1
Ganske fornøyd		<input type="checkbox"/>	2
Litt misfornøyd		<input type="checkbox"/>	3
Meget misfornøyd		<input type="checkbox"/>	4

Har du i løpet av de siste 14 dager snakket med:

Noen i familien om gleder og sorger	117	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
Noen i familien om helsespørsmål	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre utenom familien om gleder og sorger	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre utenom familien om helsespørsmål	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i de siste 14 dager følt deg ute av stand til å takle dine vanskeligheter?

Nei	121	<input type="checkbox"/>	1
Av og til		<input type="checkbox"/>	2
Ofta		<input type="checkbox"/>	3
Nesten hele tiden		<input type="checkbox"/>	4

Hender det at du føler deg ensom?

Nei	122	<input type="checkbox"/>	1
Av og til		<input type="checkbox"/>	2
Ofta		<input type="checkbox"/>	3

Hender det at du i lengre perioder – i minst 14 dager – er trist og nedfor?

	123	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
--	-----	--------------------------	----	--------------------------	-----

Hender det at du er plaget av søvnløshet?

	124	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
--	-----	--------------------------	----	--------------------------	-----

Har du i lengere tid følt behov for å oppsøke noen på grunn av personlige problem siste år, uten at du har tatt slik kontakt?

	125	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
--	-----	--------------------------	----	--------------------------	-----

Her har vi en stige med 10 trinn. Hvis vi tenker oss at det høyeste trinnet på denne stigen står for det best mulige livet du kunne tenke deg, og det laveste trinnet for det verst mulige livet du kunne tenke deg.

Hvilket trinn ville du si passer best for ditt nåværende liv?

– Jeg tror trinn nr. passer best nå.

Best mulig liv	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
126	1
Verst mulig liv	

Hvilket trinn ville du si passet best for ditt liv for 5 år siden?

– Jeg tror trinn nr. passet best for 5 år siden.

128

Hvilket trinn tror du vil passe best for ditt liv om 5 år?

– Jeg tror trinn nr. vil passe best om 5 år.

130

Under kommer noen påstander vi ber deg ta stilling til. For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

		Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Folk flest har problemer nok om en ikke også skal mase om alt som er skadelig for helsa	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ofte initiativ til nye ting og tar ansvar for å få ting i gang	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stoler stort sett på autoriteter og eksperter på de områdene jeg kan lite om	134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er et typisk optimistisk menneske, selv i motgang	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synes du det er viktig at man prøver å være fornøyd med det man har?

Dette er særlig viktig	136	<input type="checkbox"/>	1
Dette er viktig		<input type="checkbox"/>	2
Både – og		<input type="checkbox"/>	3
Dette er mindre viktig		<input type="checkbox"/>	4
Dette er overhodet ikke viktig		<input type="checkbox"/>	5

FORENINGSAKTIVITET

Hvor mange timer bruker du på lokal foreningsvirksomhet (som idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger) en vanlig arbeidsuke? 137

Antall timer	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	3
	<input type="checkbox"/>	4
	<input type="checkbox"/>	5

Er du medlem av statskirken? 139

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

Er du tilknyttet noen av de følgende menigheter/trossamfunn:

Sett kryss i den ruten som passer best.			
Jehovas vitner	140	<input type="checkbox"/>	1
Pinsemenigheten		<input type="checkbox"/>	2
Den læstadianske menighet		<input type="checkbox"/>	3
Det norske baptistsamfunn		<input type="checkbox"/>	4
Annen menighet		<input type="checkbox"/>	5
Ikke medlem av menighet/trossamfunn		<input type="checkbox"/>	6

Hvor stor del av aktivitetene i menigheten (også stevner) har du deltatt i det siste året?

Alle eller nesten alle	141	<input type="checkbox"/>	1
Minst halvparten		<input type="checkbox"/>	2
Mer enn en fjerdedel		<input type="checkbox"/>	3
Mindre enn en fjerdedel		<input type="checkbox"/>	4

PERSONALIA

Er du gift/samboende? 142

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

Hvor mange års skolegang har du?

(Ta også med folkeskole og ungdomsskole) 143

År	<input type="text"/>
----	----------------------

FRILUFTSLIV

Omtrent hvor ofte har du siste år deltatt i følgende aktiviteter?

Kryss av for hver enkelt aktivitet. Antall ganger siste år

	0	1-2	3-9	10-20	Over 20
Lengre fotturer eller skiturer i skog og mark eller på fjellet	145				
Skitur i lysløype	146				
Fisketur på fjellet	147				
Fisketur på/ved sjøen	148				
Jakt/fangst	149				
Snøscootertur	150				
Annet (bærtur, etc.)	151				

ALKOHOL-FORBRUK

Er du totalavholdsmann-/kvinne? 152 Ja Nei

Hvis nei: Hvor ofte pleier du å drikke øl?

Aldri, eller noen få ganger i året	153	<input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
Omtrent 1 gang i uken		<input type="checkbox"/>	3
2-3 ganger i uken		<input type="checkbox"/>	4
Omtrent hver dag		<input type="checkbox"/>	5

Hvor ofte pleier du å drikke vin?

Aldri, eller noen få ganger i året	154	<input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
Omtrent 1 gang i uken		<input type="checkbox"/>	3
2-3 ganger i uken		<input type="checkbox"/>	4
Omtrent hver dag		<input type="checkbox"/>	5

Hvor ofte pleier du å drikke brennevin?

Aldri, eller noen få ganger i året	155	<input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	2
Omtrent 1 gang i uken		<input type="checkbox"/>	3
2-3 ganger i uken		<input type="checkbox"/>	4
Omtrent hver dag		<input type="checkbox"/>	5

Omtrent hvor ofte har du i løpet av siste år drukket alkohol tilsvarende minst 5 halvflasker øl, en hel flaske vin eller 1/4 flaske brennevin?

Ikke siste år	156	<input type="checkbox"/>	1
Noen få ganger		<input type="checkbox"/>	2
1-3 ganger i måneden		<input type="checkbox"/>	3
1-2 ganger i uken		<input type="checkbox"/>	4
3 eller flere ganger i uken		<input type="checkbox"/>	5

DE NESTE 6 SPØRSMÅLENE BESVARES BARE AV FOLK I BÅTSFJORD:

Kjenner du til prosjektet «Helse og trivsel»?	157	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
Kjenner du til «Arbeidsboka» for prosjektet «Helse og trivsel»?	158	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fikk du målt ditt kolesterol under kampanjen vinteren 1989?	159	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Har du i løpet av siste 2 år deltatt i noen av prosjektets aktiviteter (ledugnad, møter i forbindelse med arbeidsboka, etc.)?	160	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Har du snakket med noen om prosjektet «Helse og trivsel» det siste halve året?

Sett kryss for hvert spørsmål.

		Ja	Nei
Med familie/arbeidskamerater	161	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med prosjektmedarb./helsepersonell	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke med noen	163	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under kommer noen påstander om prosjektet «Helse og trivsel» som vi vil be deg ta stilling til.

For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

		Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Prosjektet har gitt meg ny og nyttig informasjon	164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet har fått meg til å endre en eller flere helsevaner	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet er et meget positivt tiltak	166	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet tar ikke opp det som virkelig betyr noe for helse og trivsel i Båtsfjord	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke prosjektet vil ha noen særlig effekt	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flott at noen tar initiativ til prosjekter som kan bedre folks helse	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESTEN AV SPØRSMÅLENE BESVARES BARE AV FOLK I NORDKAPP:

Kjenner du til «Vernetjenesteprojektet»? 170 Ja Nei

Er det «Varmdrikkeautomat» på din arbeidsplass? 171 Ja Nei

Har du snakket med noen om «Vernetjenesteprojektet» det siste halve året?

Sett kryss for hvert spørsmål.

		Ja	Nei
Med familie/arbeidskamerater	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med prosjektmedarb./helsepersonell	173	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke med noen	174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under kommer noen påstander om «Vernetjenesteprojektet» som vi vil be deg ta stilling til.

For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

		Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Prosjektet har gitt meg ny og nyttig informasjon	175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet har fått meg til å endre en eller flere helsevaner	176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet er et meget positivt tiltak	177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet tar ikke opp det som virkelig betyr noe for helse og trivsel i Nordkapp	178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke prosjektet vil ha noen særlig effekt	179	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er flott at noen tar initiativ til prosjekter som kan bedre folks helse	180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finnmark IV 1998
Finnmark V
Spørreskjema 1

DIEDÁHUS VÁIBMO-VARRASUOTNADÁVDDAID BIRRA

(Guoská dušše suttnje geasa reiva lea čállon)

Váibmo-varrasuotnadávddaid iskkadeapmi bohtá du báikái.

Goas ja gosa galggat bohtit, gávnnat sierra skovis mii čuovvu mielde.

Eaneit dieduid iskkadeami birra leat čilgen mielčuovvu gihppagis.

Mii bivdit du deavdit jearahallanskovi dás duogábealde man válddát mielde iskkadeapmái.

Geahpedan dihtii doaimmahaga, de ávžžuhat du váldit mielde dárogielat teavstta gos du namma ja riegeadanbeaivi čuožžu.

Jos it sáhtie bohtit, de fertet diedihit mielčuovvu jávkansivadediáhusas.

Dearvudaiguin

Gielddearvasvuodabálvalus

Fylkkadoavttir

Romssa universitehta
Stáhta dearvasvuodaiskkadeamit

.....		
Namma	Riegeadanbeaivi	Persovdnummir
.....		
Ruovttobáikki gielde		
.....		

Buot vástádušat giedahallojit čihkosit. Bohtosat geavahuvvojit dutkamii. Vástidettiin gažaldagaid leat don mielde addimin dieduid dasa ahte mo otná dilli Finnmarkus váikkuha olbmuid dearvvašvuhtii.

Sádde devdojuvvon skovi tuottuluotta.
Porto lea máksojuvvon.

Giitu buorre veahki ovddas!

Dearvuodaiguin

Stáhta dearvvašvuodaískkadeamit
Finnmárkku Fylkkadoavttir

Servodatmediisinnalaš instituhta
Romssa universitehta

Ráhkis vuostáiváldi!

Dán jági váibmo- ja varrasuotnadávddaid iskkadeamis lea viiddiduvvon áigumuš. Maŋimuš jagiid ovdáneami geažil Finnmarkus, hálidivččiimet kártet diliid mat vaikkehit dearvvašvuhtii, oppalaš ja eallindilálašvuodaide. Muhtun gažaldagat guoskkahit persovnnalaš diliid, muhto dattege doaivut ahte don daid vástidivččet. Vástit áinnas eanáš gažaldagaid.

DEARVASVUODADILLI

Mo lea du dearvvašvuotta?

Sárges dakko gokko heive buoremusat.

- Heittot 12 1
 li buorre ii ge heittot 2
 Buorre 3
 Hui buorre 4

Man dávjá lea dus oaivebávččas?

- Hárve dahje ii goassige 13 1
 Oktii dahje mángii mánus 2
 Oktii dahje mángii vahkus 3
 Beaivválaččat 4

Man dávjá bávččastit dus niski ja oalggit?

- Hárve dahje ii goassige 14 1
 Oktii dahje mángii mánus 2
 Oktii dahje mángii vahkus 3
 Beaivválaččat 4

Váikkuha go oaive-, niske- dahje oalgebávččas bargonákcii?

- li goassige, dahje hui uhcán 15 1
 Muhtun muddui 2
 Oalle olu 3
 In nákke dábálaš barggu 4

Man dávjá lea dus čielgebávččas?

- Hárve dahje ii goassige 16 1
 Oktii dahje mángii mánus 2
 Oktii dahje mángii vahkus 3
 Beaivválaččat 4

Leat go, dahje leat go maŋimuš jagis dovdan bákčasiid bajimuččas čoavjjis? .. 17

Juo li

Gallii lea leamaš dus áibmojodas- infekšuvdna - omd. nuorvvu, golgodávda, bronkihtta dahje bihulabávččas maŋimuš jahkebealis? 18

Lohku

Galle iežat báni leat dus? 20

Lohku

OKTAVUOHTA DEARVASVUODA BALVALUSAIN

Lea go leamaš dus maŋimuš jagis dárbu fitnat doaktára luhtte ja itge fidnen oktavuoda? 22

Juo li

Lea go leamaš maŋimuš jagis dus oktavuotta dearvvašvuodabálvalusain bártti/lihkuhisvuoda geažil? 23

Juo li

Jos «Juo», mo bártidit?

- Bargolihkuhisvuotta 24 1
 Lihkuhisvuotta ruovttus 2
 Johtolatlihkuhisvuotta/muohtascooter ... 3
 Veahkeváldi man nubbi olmmoš lea dagahan . 4
 Eará 5

Jos «juo», galle beaivvi ledjet buohccin čálihuuvvon bártti/lihkuhisvuoda geažil maŋimuš jagis? 25

Lohku

Gallii leat fitnan doaktára luhtte dearvvašvuoda dahje buohcuvuoda geažil? Vástit juohke gažaldaga.

Lohku

- Dábálálaš doaktára luhtte 28
 Spesialista luhtte olggobealde buohcievesu 30
 Buohcievesu poliklinihka 32
 Doaktára luhtte barggus 34
 Ruvvejeddji luhtte 36
 Buohccedikšu luhtte buohcievesus ... 38
 Bártedoaktára luhtte 40
 Kiropráktora luhtte 42
 Luonddu dálkkodeaddji luhtte (homeopat, soneterapeuta jna.) 44
 Gallii leat bivdán veahki noaidis dahje guvhláris maŋimuš jagis 46
 Gallii leat buohccevissui dolvojuvvon maŋimuš jagis 48

Man duhtavaš leat guovllu gieldda dearvvašvuodabálvalusain?

- Hui duhtavaš 50 1
 Duhtavaš 2
 Duhtamehttun 3

Leat go čuovvovaš dálkasiid geavahan maŋimuš guokte vahku?

Sárges bákčasiid dálkasa bokte.

	Juo	li
Dálkasa bákčasiid vuostá }	51	
Dálkasa suvrása vuostá	52	
Oaddendálkasa	53	
Nearvadálkasa	54	

BIEBMU JA DEARVASVUODADÁBIT

Makkár mielkki jugat dábálaččat?

In juga mielkki	55	1
Čielga mielkki (dábálaš, suvrá)		2
Geahppa mielkki (dábálaš, suvrá)		3
Skummamielkki (dábálaš, suvrá)		4

Leat go rievdadan iežat dábiid/biebmo-
doalu maŋimuš golmma jagis mii guoská:
Sárges ruossa juohke gažaldaga bokte.

Geavahan dál:

	Eam- bo	Seammá go ovdal	Uhcit
Buoiddi biepmus	56		
Skummamielkki dahje geahppamielkki	57		
Gáffegaheami	58		
Alkoholgeaheami	59		
Rumašlaš lášmmohallan	60		

BARGU

Leat go dál:

Ollesáiggebarggus	61	1
Beallebarggus		2
Eretcelkojuvvon		3
Ollásit dahje belohakkii bargguhaga		4
Eará		5

Lea go ballamis ahte masát dálá barggut
dahje ekonomálaš áigáboadu heaittiheami,
gáržžideami dahje eará sivaidd gežil
lagamuš jagiid?

Juo	li
62	

Lea go dus okta dain čuovvovaš fitnuin váldo-
fidnuin? Sárges vástideaddji fitnuid bokte.

	Juo	li
Guolásteaddji	63	
Guolleindustriabargi	64	
Rusttet-/ruvkebargi	65	
Fievrrádusbargi	66	
Boazodoalli	67	

Guhtemus fidnu lea leamaš dus váldooassin bargo-
áigodagas? Sárges vástideaddji fitnu bokte.

	Juo	li
Guolásteaddji	68	
Guolleindustriabargi	69	
Rusttet-/ruvkebargi	70	
Fievrrádusbargi	71	
Boazodoalli	72	

Makkár bargu lea leamaš váldooassin du náittos-
guoimmis/ássanguoimmis bargoáigodagas?
Sárges vástideaddji fitnu bokte.

	Juo	li
Guolásteaddji	73	
Guolleindustriabargi	74	
Rusttet-/ruvkebargi	75	
Fievrrádusbargi	76	
Boazodoalli	77	

Galle báikkis leat ássan
maŋimus golmma jagis?

Lohku
78

Leat go maŋimuš jagis árvvoštallan fárrret? 80

Juo	li
80	

Jos «juo», lei go dat duhtameahttuvuoda geažil:
Sárges juohke siva bokte.

	Juo	li
- iežat bargguin	81	
- oahppofálaldagaiguin	82	
- mánáid bajásšaddandiliin	83	
- lустаáiggefálaldagaiguin	84	
- bálvusfálaldagaiguin (gávppit, almolaš kántuvrrat jna.)	85	
- dálki	86	
- guhkes gaska bearrašii	87	

Lei go oktage dain čuovvovaš sivain
váikkuheaddjin fárrrenárvvoštallamii?

Sárges vástideaddji siva bokte.

	Juo	li
- eahpesihkar dahje váilevaš bargu	88	
- vejolaš oazžut alit virggi/báikká	89	
- plánat váldit eambo oahpu	90	

Jos it leat árvvoštallan fárrret: Makkár
sivat ledje mearrideaddjin ahte bissot?
Sárges juohke siva bokte.

	Juo	li
- orron báikkis mánnávuoda rájes	91	
- fuolkkit orrot báikkis	92	
- eanáš oassi ustibiin orrot das	93	
- lea bargu masa liikon	94	
- lea buorre ássandilli	95	
- mánáid bajásšaddaneavttut leat buorit	96	
- liikon servvoštallanvuohkái	97	
- álki beassat meahccái ja duoddarii	98	
- lagaš oktavuohtha lundui	99	

Lea go oktage dain čuovvovaš sivain
váikkuheaddjin it hálit fárrret?

Sárges vástideaddji sivaidd bokte.

	Juo	li
- lean čatnon vealggi geažil	100	
- unnán bargosajit eará báikkiin	101	
- náittosguoibmi ii fitne barggu eara báikkis	102	
- lean čatnon dikšunbarguide	103	

Gallis leat du lagamuš bearrašis dahje
fásta ustibiin fárrren eret gielddas
maŋimuš golmma jagis?

Čále «0» jos ii leat oktage fárrren.

	Lohku
- Lagaš fuolkkit	104
- Fásta ustibat	106

RUMASLAS LÁŠMMOHALLAN BARGGUS JA LUSTAAIGGIS

Man dájvá dagat rumašlaš lášmmohallama
unnumusat 20 min., mas bivastuvat
dahje šieddaluvat?

Sárges geasset ja dálvet goappat sajis.

	Geas- set	Dál- vet
Hárve dahje in goassige	1	
Oktii vahkus	2	
Máŋgii vahkus	3	
Beaivválaččat	4	

108 109

GUVLU LIKON SOSIÁLALAS GASKAVUODAT

Lávet go gallestallat ráhkjaid,
ja man gallii?

Lohku
110

Dáhpahuvvá go ahte ránnjain lonohalat bálválasaid? Sárgeš juohke bálválasa bokte.

Luoikkahallat gaskaomiid (biergasiid, beaivválaš gálvvuid jna.)	112	Ingoš- siige	Hárve	Dávjá
Bearráigeahččat viesu, opmodaga go leat eret	113			
Bearráigeahčat mánáid, mánnageahččin	114			
Veahkehat bargo-, fievráduš-, divvun-, ja gávppašan oktavuodain	115			

Leat go duhtavaš eallindilálašvuodain?

Hui duhtavaš	116		1
Oalle duhtavaš			2
Veháš duhtameahtun			3
Hui duhtameahtun			4

Leat go maŋimuš 14 beaivvis háleštan: Sárgeš juohke gažaldaga bokte.

Soapmásiin bearrašis ilu ja morraša birra	117	Juo	li
Soapmásiin bearrašis dearvašvuoda birra	118		
Soapmásiin earret bearrašis ilu ja morraša birra	119		
Soapmásiin earret bearrašis dearvašvuoda birra	120		

Leat go maŋimuš 14 beaivvis dovdan ahte it bide čoaudit váttisvuodaidat?

In	121		1
Gaskkohagaid			2
Dávjá			3
Measta oppa áigge			4

Dovdat go iežat goassige okto?

In	122		1
Gaskkohagaid			2
Dávjá			3

Leat go leamaš guhkit áigodagaid – unnimusat 14 beaivvi – šlundu ja dorvvoheapmi?

	123	Juo	li

Leat go dus goassige nagirváttisvuodát?

	124	Juo	li

Leat go guhkit áigge dovdan dárbbu váldit oktavuoda geainnaga persovnnalaš váttisvuodaid geažil maŋimuš jagis, ja dattege it leat váldán diekkár oktavuoda?

	125	Juo	li

Dás oainnát 10 bánírádalasa. Bajimuš bátni govve dan buoremus eallima maid don dáhtošit, vuolimus bátni fas dan vearrámuš eallima maid sáhtát jurddašit.

Guhtemuš bátni heive buoremusat du dálá eallimii?

– Jáhkán bátni nr. heive buoremusat.

Buoremus eallin	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1
126	Vearrámuš eallin

Guhtemuš bátni livččii heiven du eallimii 5 jagi dás ovdal?

– Jáhkán bátni-nr. livččii heiven buoremusat 5 jagi dás ovdal.

128

Guhtemuš bátni heivešii buoremusat 5 jagi geahčen?

– Jáhkán bátni nr. heivešii buoremusat 5 jagi geahčen.

130

Dás vuolábealde leat moadde čuoččuhusa maid mii dáhtošeimmet du vástidit. Juohke gažaldahkii sárgestat ruossa made mielde don miedat dahje leat sierraoinnus.

Dábálaččat olbmui leat doarvái váttisvuodas go ahte velá gullat mii dearvašvuhtii lea vahát	132				
Dávjá álggahan odda doaimmaide ja bijan doaimmaid johtui	133				
Luohtán dábálaččat mearrideaddjiide ja diehttiide dain áššiin main unnán diedán	134				
Lean optimista, maiddái vuostegiedageavadagas	135				

Lea go du mielas dehálaš leat duhtavaš diliin nu mo lea?

Lea earanoamáš dehálaš	136		1
Lea dehálaš			2
Sihke-juo ja ii			3
li leat nu dehálaš			4
li leat oppanassiige dehálaš			5

SEARVEDOAIMMAT

Galle diimmu geavahat báikkálaš searve-doaimmaide (valástallan, politiikkálaš servviide, kristalášvuoda doaimmaide dahje eará servviide) vahkus?

Diibmo-
lohku

Leat go stáhtagirkus lahtun? 139

Leat go mielde ovttá dain čuovvovaš searvegottis/oskoservodagas: Sárgeš dakko gokko heive.

Jehova searvegottis	140		1
Pinsevern searvegottis			2
Læstadialaš searvegottis			3
Norgga Baptisttalaš searvegottis			4
Eará searvegottis			5
In leat lahtun mange searvegottis/oskoservodagas			6

Man stuorra oassi searvegotti doaimmain (maiddái čoagganeamit) leat leamaš mielde maŋimuš jagis?

Visot dahje eanáš	141		1
Unnimusat beali			2
Eanet go njealjátoasi			3
Unnit go njealjátoasi			4

PERSOVNADIEDUT

Leat go náitalan/ovttasorru? 142

Galle jagi oahppu lea dus?

(Váldde mielde vuoddoskuvlla ja nuoraidkuvlla) 143

Juo li

Jagit

OLGOAIBMOEALLIN

Gallii leat čuovvovaš doaimmain
váldán oasi maŋimus jagis?

Sárges vástideaddji doaimma bokte. Gerddiid lohku jagis

	0	1-2	3-9	10-20	Badjel 20
Guhkit vádjolemiid dahje čuoiganmátkkiid meahcis dahje duoddaris	145				
Čuovgalahttus čuoigan	146				
Bivdomátkkis meahcis	147				
Bivdomátkkis meara alde ...	148				
Bivdu/meahcásteapmi	149				
Muhtascootermátki	150				
Eará (muorječoaggin, jna.) ..	151				

ALKOHOLAGEAVAHEAPMI

Doalahat iežat eret alkoholas?? 152

Juo II

Jos «li»: Man dávjá jugat vuollaga?

In goassige, dahje moddii jagis	153		1
1-2 mánus			2
Birrasiid 1 vahkus			3
2-3 vahkus			4
Sulliid beaivválaččat			5

Man dávjá jugat viinna?

In goassige, dahje moddii jagis	154		1
1-2 mánus			2
Birrasiid oktii vahkus			3
2-3 vahkus			4
Birrasiid beaivválaččat			5

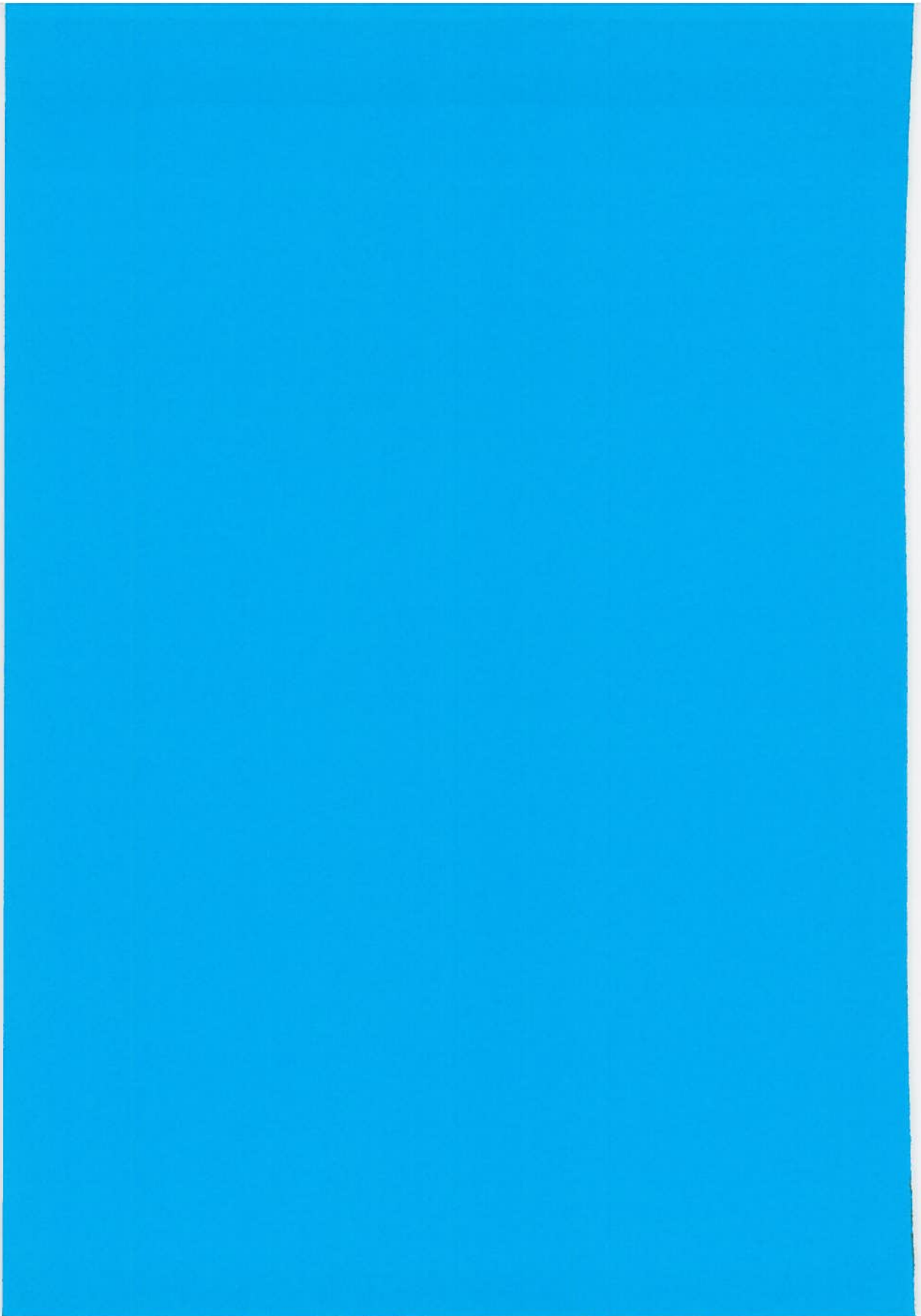
Man dávjá jugat buolleviinna?

In goassige, dahje moddii jagis	155		1
1-2 mánus			2
Birrasiid 1 vahkus			3
2-3 vahkus			4
Birrasiid beaivválaččat			5

Man dávjá leat maŋimus jagis juhkan
alkohola mii vástida 5 boahtallahke
vuola, olles viidneboahtala dahje
1/4 boahtala buolleviinna?

In maidige, maŋimus jagis	156		1
Modii			2
1-3 mánus			3
1-2 vahkus			4
3 dahje mángii vahkus			5

Finnmark V: Spørreskjema 1,2 Norsk
Finnmark V: Spørreskjema 1,2 Samisk



MELDING OM HJERTE- KARUNDERSØKELSE

(Gjelder bare den person brevet er adressert til.)

Finnmark IV
Spørreskjema 1

Hjerte- karundersøkelsen kommer nå til Deres distrikt.

Tid og sted for fremmøte vil De finne nedenfor.

Orientering om undersøkelsen finner De i den vedlagte brosjyren.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

KOMMUNEHELSETJENESTEN FYLKESLEGEN
UNIVERSITETET I TROMSØ
STATENS HELSEUNDERSØKELSER

Født dato	Personnr.	Kommune	Kretsnr.		
Møtested		Kjønn	Første bokstav i etternavn	Dag og dato	Klokkeslett

Kjære mottaker!

Dette spørreskjemaet er et tillegg til årets hjerte-kar-undersøkelse. Noen av spørsmålene dreier seg om nokså personlige forhold, men vi håper at du vil svare på dem. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig. Personnummer og navn vil bli fjernet fra dine data før de brukes til forskning.

Med vennlig hilsen

Statens helseundersøkelser
Fylkeslegen i Finnmark
Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø

HELSETILSTAND

Hvordan er din helsetilstand?

Sett kryss i den ruten som passer best.

- Dårlig12 1
Hverken god eller dårlig..... 2
Bra..... 3
Utmerket 4

Hvor ofte er du plaget av hodepine?

- Sjelden eller aldri.....13 1
En eller flere ganger i måneden..... 2
En eller flere ganger i uken 3
Daglig 4

Hvor ofte er du plaget av smerter i nakke eller skuldre?

- Sjelden eller aldri.....14 1
En eller flere ganger i måneden..... 2
En eller flere ganger i uken 3
Daglig 4

Har du i løpet av de siste 3 år vært plaget av smerter i noen av de følgende ledd i mer enn 3 måneder?

- | | Ja | Nei |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kneleddene.....15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Albueleddene.....16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De innerste fingerleddene.....17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre ledd18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor ofte er du plaget av ryggmerter?

- Sjelden eller aldri.....19 1
En eller flere ganger i måneden..... 2
En eller flere ganger i uken 3
Daglig 4

Er du, eller har du i løpet av det siste året vært plaget av smerter eller verk øverst i magen?

-20 Ja Nei

Hvor mange ganger har du hatt luftveisinfeksjon - slik som forkjølelse, influensa, bronkitt eller bihulebetennelse det siste halve året?

-21 Antall

Har du eller har du hatt:

- | Kryss av "ja" eller "nei" for hvert spørsmål | Ja | Nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hudsykdommen psoriasis.....23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma.....24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergisk eksem.....25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høysnue.....26 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kronisk bronkitt.....27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leddgikt.....28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bechterews sykdom.....29 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreftsykdom.....30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi.....31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migrene.....32 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromyalgi/fibrositt.....33 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvordan er din helsetilstand sammenlignet med andre på din alder?

- Verre enn de fleste.....34 1
Omtrent som andre..... 2
Bedre enn de fleste..... 3

Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?

-35 Antall

KONTAKT MED HELSETJENESTEN

Har du siste år hatt behov for å snakke med/ besøke lege uten å få kontakt?

-37 Ja Nei

Har du siste år vært i kontakt med helse-tjenesten på grunn av skade/ulykke?

-38 Ja Nei

Hvis "ja", hvordan oppsto skaden?

- Arbeidsulykke.....39 1
Hjemmeulykke..... 2
Trafikkulykke/snøscooter..... 3
Vold fra annen person..... 4
Annet..... 5

Hvis "ja", hvor mange dager var du sykmeldt på grunn av skade/ulykke siste år? (Sett "0" hvis du ikke var sykmeldt)

-40 Antall

Hvor mange besøk har du hatt siste år pga egen helse eller sykdom?

Svar på hvert enkelt spørsmål.

- Sett "0" hvis du ikke har hatt noen besøk Antall
- | | |
|--|--------------------------|
| Hos vanlig lege.....43 | <input type="checkbox"/> |
| Hos spesialist utenfor sykehus.....45 | <input type="checkbox"/> |
| På sykehusets poliklinikk.....47 | <input type="checkbox"/> |
| Hos bedriftslege.....49 | <input type="checkbox"/> |
| Hos fysioterapeut.....51 | <input type="checkbox"/> |
| Hos sykepleier på sykestue.....53 | <input type="checkbox"/> |
| Hos tannlege.....55 | <input type="checkbox"/> |
| Hos kiropraktor.....57 | <input type="checkbox"/> |
| Hos naturmedisiner (homeopat, soneterapeut og lignende).....59 | <input type="checkbox"/> |

Antall innleggelses på sykehus siste år.....61

Har noen av besøkene hos vanlig lege vært på grunn av avtalt kontroll?

-63 Ja Nei

Hvis "ja", hvor mange av besøkene hos vanlig lege var avtalt kontroll?

-64 Antall

Ble du anbefalt å endre noen av følgende vaner sist du var hos lege?

- | | Ja | Nei |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Røykevaner.....66 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kosthold.....67 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysisk aktivitet.....68 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkohol.....69 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du ble anbefalt å endre:
Synes du dette var nyttige råd?

	Ja	Nei	Vet ikke
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor fornøyd er du med helsetjenesten i din hjemstedskommune?

Godt fornøyd	71	<input type="checkbox"/>	1
Fornøyd		<input type="checkbox"/>	2
Misfornøyd		<input type="checkbox"/>	3

Har du brukt følgende medisiner siste 14 dager?

Kryss av for hver medisin.		Ja	Nei
Smertestillende	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syreneutraliserende medisin	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervemedisin	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOSTHOLD OG HELSEVANER

Hva slags melk drikker du vanligvis?

Drikker ikke melk	76	<input type="checkbox"/>	1
Helmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	2
Lettmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	3
Skummet melk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	4

Har du endret dine vaner/kosthold i løpet av de siste 3 år når det gjelder:

Sett kryss for hvert spørsmål.		Bruker nå:		
		Som		
		Mer	før	Mindre
Fett i kosten	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk eller lettmelk	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe forbruk	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol-forbruk	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEID

Er du for tiden:

I fulltidsarbeid	82	<input type="checkbox"/>	1
I deltidsarbeid		<input type="checkbox"/>	2
Permittert		<input type="checkbox"/>	3
Helt eller delvis arbeidsledig		<input type="checkbox"/>	4
Annet		<input type="checkbox"/>	5

Mener du at du står i fare for å kunne miste ditt nåværende arbeid eller økonomiske utkomme på grunn av nedleggelse, innskrenkninger eller andre årsaker de nærmeste årene?

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

Hvilket hovedyrke har du for tiden?

Kryss av for hvert yrke.		Ja	Nei
Fisker	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeindustriarbeider	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleggs-/gruvearbeider	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportarbeider	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reindriftsutøver	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafe-/restaurantarbeid/servitør	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsearbeider	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet yrke	91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilket yrke har du hatt størsteparten av ditt yrkesaktive liv?

Kryss av for hvert yrke.		Ja	Nei
Fisker	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeindustriarbeider	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anleggs-/gruvearbeider	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportarbeider	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reindriftsutøver	96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafe-/restaurantarbeid/servitør	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsearbeider	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet yrke	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du siste året vurdert å flytte?

100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	--------------------------

FYSISK AKTIVITET I ARBEID OG FRITID

Hvor ofte utfører du fysisk aktivitet av minst 20 minutters varighet og som fører til at du blir svett eller andpusten?

Kryss av for sommer- og vinterhalvåret hver for seg.		Som-	Vin-
		mer	ter
Sjelden eller aldri		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gang i uka		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere ganger i uka		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	101	102	

TRIVSEL OG SOSIAL KONTAKT

Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at dere besøker hverandre av og til?

103	<input type="text"/>
-----	----------------------

Hender det at du utveksler tjenester med naboer?

Kryss av for hver tjeneste.		Aldri	Sjelden	Ofte
Låner ting (redskap, dagligvarer og lignende)	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer hus, eiendom når man er bortreist	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer barn, sitter barnevakt	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelper til med arbeid, transport, reparasjoner, innkjøp, osv.	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du stort sett fornøyd med tilværelsen?

Meget fornøyd	109	<input type="checkbox"/>	1
Ganske fornøyd		<input type="checkbox"/>	2
Litt misfornøyd		<input type="checkbox"/>	3
Meget misfornøyd		<input type="checkbox"/>	4

Livet er til tider komplisert, og framtida kan fortone seg usikker.

I hvilken grad bekymrer du deg for framtida?

Ikke i det hele tatt	110	<input type="checkbox"/>	1
Bare i liten grad		<input type="checkbox"/>	2
En del		<input type="checkbox"/>	3
Ganske mye		<input type="checkbox"/>	4

Har du i løpet av de siste 14 dager snakket med:

Kryss av for hvert spørsmål.		Ja	Nei
Noen i familien om gleder og sorger	111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Noen i familien om helsespørsmål</u>	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre utenom familien om gleder og sorger	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andre utenom familien om helsespørsmål</u>	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i de siste 14 dager følt deg ute av stand til å takle dine vanskeligheter?

Nei.....115 1
Av og til..... 2
Ofte..... 3
Nesten hele tiden..... 4

Hender det at du føler deg ensom?

Nei.....116 1
Av og til..... 2
Ofte..... 3

Hender det at du i lengre perioder - i minst 14 dager - er trist og nedfor?117 Ja Nei

Hender det at du er plaget av søvnløshet?118 Ja Nei

Har du i lengre tid følt behov for å oppsøke noen på grunn av personlige problem siste år, uten at du har tatt slik kontakt?119 Ja Nei

Hender det at tanken på å få en alvorlig sykdom bekymrer deg?

Ikke i det hele tatt.....120 1
Bare i liten grad..... 2
En del..... 3
Ganske mye..... 4

Har du i løpet av de siste 14 dager snakket med noen om:

	Mange ganger	Endel ganger	Noen få ganger	Ingen ganger
Egen sykdom.....121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andres sykdom.....122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her har vi en stige med 10 trinn. Hvis vi tenker oss at det høyeste trinnet på denne stigen står for det best mulige livet du kunne tenke deg, og det laveste trinnet for det verst mulige livet du kunne tenke deg.

Hvilket trinn ville du si passer best for ditt nåværende liv?

- Jeg tror trinn nr. passer best nå.
123

Hvilket trinn ville du si passet best for ditt liv for 5 år siden?

- Jeg tror trinn nr. passet best for 5 år siden.
125

Hvilket trinn tror du vil passe best for ditt liv om 5 år?

- Jeg tror trinn nr. vil passe best om 5 år.
127

Under kommer noen påstander vi ber deg ta stilling til. For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

	Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Folk flest har problemer nok om en ikke også skal mase om alt som er skadelig for helsa.....129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ofte initiativ til nye ting og tar ansvar for å få ting i gang.....130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stoler stort sett på autoriteter og eksperter på de områdene jeg kan lite om.....131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives med uventede og vanskelige utfordringer.....132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er et typisk optimistisk menneske, selv i motgang.....133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker at det ikke skjer for mange uventede ting i mitt liv.....134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Synes du det er viktig at man prøver å være fornøyd med det man har?

Dette er særlig viktig.....135 1
Dette er viktig..... 2
Både-og..... 3
Dette er mindre viktig..... 4
Dette er overhodet ikke viktig..... 5

FORENINGSAKTIVITET

Hvor mange timer bruker du på lokal foreningsvirksomhet (som idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger) en vanlig arbeidsuke? (Sett 0 hvis du ikke bruker noe tid).....136 Antall timer

PERSONALIA

Er du gift/samboende?.....138 Ja Nei
År

Hvor mange års skolegang har du?139
(Ta også med folkeskole og ungdomsskole)

SOSIALE FORHOLD

Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

Meget gode.....141 1
Gode..... 2
Middels..... 3
Vanskelige..... 4
Meget vanskelige..... 5

SPRÅKLIG BAKGRUNN

Er begge dine foreldre født i Norge?.....142 Ja Nei Vet ikke

Har/hadde en eller begge dine foreldre samisk som hjemmespråk?.....143

Har/hadde en eller flere av dine beste-foreldre samisk som hjemmespråk?.....144

Har/hadde en eller begge dine foreldre finsk som hjemmespråk?.....145

Har/hadde en eller flere av dine beste-foreldre finsk som hjemmespråk?.....146

Forsto du mer enn ett språk før skolealder?.....147

Hvis ja, hvilke?.....148 Samisk Finsk Norsk Andre

Hvilke(t) hjemmespråk hadde du (snakket du) selv som barn?.....149

FRILUFTSLIV

Omtrent hvor ofte har du siste år deltatt i følgende aktiviteter?

Kryss av for hver enkelt aktivitet.

	Antall ganger siste år				
	0	1-2	3-9	10-20	Over 20
Lengre fotturer eller skiturer i skog og mark eller på fjellet.....150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skitur i lysløype.....151	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisketur på fjellet.....152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisketur på/ved sjøen.....153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakt/fangst.....154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøscootertur.....155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (bærtur, etc.).....156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOL-FORBRUK

Er du totalavholdsmann/-kvinne?.....157 Ja Nei

Hvis nei, hvor ofte pleier du å drikke øl?

Aldri, eller noen få ganger i året.....158	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/> 2
Omtrent 1 gang i uken.....	<input type="checkbox"/> 3
2-3 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent hver dag.....	<input type="checkbox"/> 5

Hvor ofte pleier du å drikke vin?

Aldri, eller noen få ganger i året.....159	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/> 2
Omtrent 1 gang i uken.....	<input type="checkbox"/> 3
2-3 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent hver dag.....	<input type="checkbox"/> 5

Hvor ofte pleier du å drikke brennevin?

Aldri, eller noen få ganger i året.....160	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/> 2
Omtrent 1 gang i uken.....	<input type="checkbox"/> 3
2-3 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent hver dag.....	<input type="checkbox"/> 5

Omtrent hvor ofte har du i løpet av siste år drukket alkohol tilsvarende minst 5 halvflasker øl, en hel flaske vin eller 1/4 flaske brennevin?

Ikke siste år.....161	<input type="checkbox"/> 1
Noen få ganger.....	<input type="checkbox"/> 2
1-3 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/> 3
1-2 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 4
3 eller flere ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 5

DE NESTE SPØRSMÅLENE BESVARES BARE AV FOLK I BÅTSFJORD:

Prosjektet "Helse og trivsel" ble avsluttet i 1991. Kjennte du til dette prosjektet?.....162 Ja Nei

Kjenner du til om noen av aktivitetene fra dette prosjektet fortsatt er i gang?.....163 Ja Nei Vet ikke

Under kommer noen påstander om "Helse- og trivsel-prosjektet" som vi vil be deg ta stilling til.

For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

v 234

	Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Prosjektet ga meg ny og nyttig informasjon.....164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet fikk meg til å endre en eller flere helsevaner.....165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet tok ikke opp det som virkelig betyr noe for helse og trivsel i Båtsfjord.....166	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 3 år deltatt i noen av følgende aktiviteter?

	Ja	Nei
Turmarsjer.....167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ringmila på sykkel.....168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosjonsaktiviteter arrangert av Båtsfjord Sportsklubb eller bedriftsidrettslag.....169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE NESTE SPØRSMÅLENE BESVARES BARE AV FOLK I NORDKAPP:

Kjenner du til "Nordkapp Yrkesrettete Helsetjeneste"(NYH)?.....170 Ja Nei

Har din arbeidsplass (bedrift, båt) hatt kontakt med NYH?.....171 Ja Nei

Har du selv hatt kontakt med NYH?.....172 Ja Nei

Kjenner du til noen av følgende prosjekter?

	Ja	Nei
Modellegnebua.....173	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utblødning/sløyvesystem ombord på sjark.....174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du snakket med noen om "NYH-prosjektet" det siste halve året?

Sett kryss for hvert spørsmål.

	Ja	Nei
Med familie/arbeidskamerater.....175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med prosjektmedarbeidere/helsepersonell.....176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke med noen.....177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under kommer noen påstander om "NYH-prosjektet" som vi vil be deg ta stilling til.

For hver påstand skal du krysse av etter hvor enig eller uenig du er.

	Helt enig	Noe enig	Noe uenig	Helt uenig
Prosjektet har gitt meg ny og nyttig informasjon.....178	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet har fått meg til å endre en eller flere helsevaner.....179	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet tar ikke opp det som virkelig betyr noe for helse og trivsel i Nordkapp.....180	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finnmark IV 19990
Finnmark V
Spørreskjema 1

DIEDÁHUS VÁIBMO-VARRASUOTNADÁVDDAID BIRRA

(Guoská dušše suttje geasa reiva lea čállon)

Váibmo-varrasuotnadávddaid iskkadeapmi bohtá du báikái.

Goas ja gosa galggat bohtit, gávnnat sierra skovis mii čuovvu mielde.

Eanet dieduid iskkadeami birra leat čilgen mielčuovvu gihppagis.

Mii bivdit du deavdit jearahallanskovi dás duogábealde man válddát mielde iskkadeapmái.

Geahpedan dihtii doaimmahaga, de ávžžuhat du váldit mielde dárogielat teavstta gos du namma ja riečádanbeaivi čuožžu.

Jos it sáhte bohtit, de fertet diedihit mielčuovvu jávkansivadiedáhusas.

Dearvudaiguin

Gielddadearvasvuodabálvalus

Fylkkadoavttir

Romssa universitehta
Stáhta dearvasvuodaiskkadeamit

.....		
Namma	Riečádanbeaivi	Parsodnanummir
.....		
Ruovtobáikki gielde		

Finmark IV-V Spørkeskyema

A BEARAS

Lea go leamas du vanhemin dahje oappán/vieļļain váibmohávvi dahje angina pectoris (váibmokrámpa)? 12

Juo	li	In	alde

B IEZAT DÁVDA

Lea go dus, dahje lea go leamas:

Váibmohávvi? 13

Angina pectoris (váibmokrámpa)? 14

Vuommas-slága? 15

Sohkardávda? 16

Jos dus lea sohkardávda, man jagis ozzot dávdá? 17

Leat go dálkkodeami vuolde alla varradeattu geazil 19

Juo	li
Juo	li
Juo	li

C DOVDOMEARKKAT

Dovddat go bakkasiid dahje unohisvuoda rattis go:

Go váccát vustolagaide, tráhpaid dahje váccát johtilit duolbbázis? 20

Go váccát dábálaccat duolbbázis? 21

Go váccedettlin bávcastlsgoahtá dahje unohastá raddi, lávet go dalle:

Bisánit? 22

Unnidit leavttu? 22

Vázzit seammá leavttuin? 22

Go bisánat dahje unnidat leavttu, jávket go bakkasat:

10 minuhta sisa? 23

Váidá eambo go 10 minuhta? 23

Lea go dus dábálaccat:

ditgosáhat? 24

Silivi rattis liddedis? 25

Juo	li
Juo	li
Juo	li
Juo	li

D LASMMOHALLAN

Lihkadallan ja rumaslas bargu astoáiggis. Jos doaimmain leat stuorra erohus omd. geasi ja dálvvi gaska, de váldde gaskameari. Gázaldat guoská dussefat mannan jahkái.

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat.

Logat, geahcat TV dahje eará čohkkádoaimmain? 26

Váccašat, sihkelastat dahje lihkadalat eara láhkái unnimusat 4 diimmu vahkus? 2

(Dás válddát mielde jos váccát dahje sihkelastat bargui, sotnabeaimátkkid jna.)

Lašmmohalat, losit olgobargu dahje suliasas? 3

(Fuomás ahte doaimma galgá bistit unnimusat 4 diimmu vahkus.)

Harjehalat garrasit dahje leat dávjá mielde válašallamiin ja mángii vahkus? 4

	1
	2
	3
	4

E SALTU BUOIDI

Man dávja lea dus sáltebiergu dahje sálteguoili mállisn?

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat.

In goassige dahje hárvvit go

Oktii mánus 27

Oktii vahkus 27

Guktii vahkus 27

Eanet go guktli vahkus 27

Man dávjá lávet botkkoht sáltti mállisliid?

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat

Hárve dahje in goassige 28

Muhtumin dahje dávjá 28

Álo dahje measta álo 28

Makkár margariinna dahje vuolja geavahat dábálaccat láibevajahasa alde?

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat

In geavat margariinna dahje vuolja láibevajahasa alde 29

Vuojla 29

Garra margariinna 29

Litna margariinna 29

Vuolja/margariidna seaguhus 29

Makkar vuolja geavahat dábálaccat dálloolus?

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat

Vuojla dahje garra margariinna 30

Litna margariinna dahje olju 30

Vuolja/margariidna seaguhus 30

	1
	2
	3
	4
	1
	2
	3
	1
	2
	3

F BORGGUHEAPMI

Borgguhat go beaivváccat? 31

(iesgissoluvvon dahje fábrikká seajuvvon)

Sigaraid dahje seruhtaid/sigarillosid beaivváccat? 32

Bippu beaivváccat? 33

Jos borgguhat beaivváccat, de vástit:

Leat go ovdal borgguhan beaivváccat? 34

Jos don vástitit «Juo», goas heitet?

Unnit go jagi áig? 35

Bađel jagi áig? 35

Sii geat borgguhit dál dahje leat ovdal borgguhan vástitit:

Galle jagi oktibuot leat borgguhan beaivváccat? 36

Galle sigarehta borgguhat dahje borgguhit? Beaivváccat? 38

Juo	In
Juo	In
Juo	In
Juo	In

G KAFFE

Galle gohpu káfe jugat beaivái?

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat.

In juga káfe, dahje unnit go ovttá gohpu beaivái? 42

1-4 gohpu 42

5-8 gohpu 42

9 gohpu dahje eanet 42

Makkar káfe jugat dábálaccat beaivváccat?

Vuošankáfe 43

Filterkáfe 44

Bulvarkáfe 45

Koffeinkeahtes káfe 46

In juga káfe 47

	1
	2
	3
	4

H BARGU

Lea go leamas dus mañimus jagis:

Merkes dakko gokko «Juo» heive buoremusat.

Eanáš čohkkánbargu 48

(Omd. cállinbargu, diibmodivodanbargu, divodanbargu)

Bargu mii gáibida olu vázzima? 2

(omd. buvdabargu, geahppa industriabargu, oahpabusbargu)

Bargu mii gáibida olu vázzima ja lovtodeami? 3

(omd. poastavázzii, losit industriabargu, huksenbargu)

Lossa rumaslasbargu? 4

(omd. vuovdebargu, lossa eanandoallobargu, lossa huksenbargu)

Leat go goassige barggustat vásihan

Ásbeslagavija? 49

Kvartsgavija? 50

Lea go dus vuorrobargu dahje idjabargu? 51

Lea go dálloolus du váldodoaimma? 52

(Vástit: «li» jos bálkáhuvon bargu earret dállobargu lea eanet go 18 diimmu dahje eambo vahkus)

Lea go dus beaivváccat ovddasmoras buhccin dahje doaimmashehtteaddjiin bearrasis 53

Leat go dáid mañimus 12 mánus ozzon bargguhisvuodaoaju? 54

Leat go dál buhccin cállihuvvon, dahje ozzon bargumáhcahandarjaga? 55

Lea go dus olles dahje belohankii lámisoadju? 56

	1	
	2	
	3	
	4	
Juo	In	dit
Juo	li	
Juo	In	dit

I MAŊIŊILISKKADEAPMI

Lea go guovttis dahje eambbos vanhemiđvanhemiuin suomasogalaccat? 57

Lea go guovttis dahje eambbos vanhemiđvanhemiuin sámescgalaccat? 58

Jos dát dearvasvuodaiskkadeapmi čájeha dárbbu lagat iskkadeapmál:

Guhtemus doaktára/gielddadoaktára lusa háliidat mannat?

Čáfe doaktára nama dakko

..... 59

li leat erenoamáš doavttir 62

Juo	li	In	dit
Juo	li	In	dit
Juo	li	In	dit

Ráhkis vuostáiváldi!

Dát jearahallanskovvi lea lasahus dánjagáš váibmo- ja varrasuomadávddaid iskkadeapmái. Muhtun gažaldagat guoskkahit persovnnalaš diliid, muhto doaivut ahte don daid vástidivččet. Buot vástádušat giedahallojuvvojit čihkosit. Persovdnanummir ja namma váldojuvvojit eret du dieđuin ovdalgo diedut geava- huvvojit iskkadeamis.

Dearvuodaiguin

Stáhta dearvvašvuodaiskkadeamit
Finnmárkku Fylkkadoavttir
Servodatmedisiinnalaš instituhtta
Romssa universitehta

DEARVVAŠVUODADILLI

Mo lea du dearvvašvuoha?

Sárges dakko gokko heive buoremusat.	
Heittot	12 <input type="checkbox"/> 1
Ii buorre ii ge heittot	<input type="checkbox"/> 2
Buorre	<input type="checkbox"/> 3
Hui buorre	<input type="checkbox"/> 4

Man dávjá lea dus oaivebávččas?

Hárve dahje ii goassige	13 <input type="checkbox"/> 1
Oktii dahje mángii mánus	<input type="checkbox"/> 2
Oktii dahje mángii vahkus	<input type="checkbox"/> 3
Beaivválaččat	<input type="checkbox"/> 4

Man dávjá bávččastit dus niski ja oalggit?

Hárve dahje ii goassige	14 <input type="checkbox"/> 1
Oktii dahje mángii mánus	<input type="checkbox"/> 2
Oktii dahje mángii vahkus	<input type="checkbox"/> 3
Beaivválaččat	<input type="checkbox"/> 4

Leat go dus mañimuš golmma jagis leamaš bákčasat muhtun dáin čuovvovaš laddasiin guhkit go golmma mánu áigge?

Čibbeladđasat	15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gardnjilladđasat	16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Siskkimuš suorbmaladđasat	17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eará laddasat	18 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Man dávjá lea dus čielgebávččas?

Hárve dahje ii goassige	19 <input type="checkbox"/> 1
Oktii dahje mángii mánus	<input type="checkbox"/> 2
Oktii dahje mángii vahkus	<input type="checkbox"/> 3
Beaivválaččat	<input type="checkbox"/> 4

Leat go, dahje leat go mañimuš jagis dovdan bákčasiid bajimuččas čuovviis?

	Juo	In
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	<input type="checkbox"/>

Gallii lea leamaš dus áibmojođas-infekšuvdna - omd. nuorvvu, golgodávda, broŋkihitta dahje bihulabávččas mañimuš jahkebealis?

	Lohku
	<input type="checkbox"/>
	21

Lea go dus dahje lea go dus leamaš:

Sárges juohke dávdda bokte	Juo	Ii
Liikedávda psoriasis	23	<input type="checkbox"/>
Astma	24	<input type="checkbox"/>
Allergijalaš ihtumat	25	<input type="checkbox"/>
Suoidenenuorvvu	26	<input type="checkbox"/>
Kronalaš geahppasuotnavuolši (Kronisk bronkitt)	27	<input type="checkbox"/>
Ladasleasmi	28	<input type="checkbox"/>
Bechterews dávda	29	<input type="checkbox"/>
Borasdávda	30	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	31	<input type="checkbox"/>
Migrena	32	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgia/fibrosihitta	33	<input type="checkbox"/>

Mo lea du dearvvašvuoha jos sulástahtát eará olbmuid du agis?

Heajut go eanaš olbmuid	34 <input type="checkbox"/> 1
Sullii seammálagan go caráin	<input type="checkbox"/> 2
Buoret go eanaš olbumin	<input type="checkbox"/> 3

Lohku

Galle iežat báni leat dus?

35

OKTAVUOHTA DEARVVAŠVUODABÁLVALUSAIN

Lea go leamaš dus mañimuš jagis dárbu fitnat doaktára luhte ja itge fidnen oktavuoda?

Juo Ii

37

Lea go leamaš dus mañimuš jagis oktavuoha dearvvašvuodabálvalusain bártti/lihkuhisvuoda geažil?

Juo Ii

38

Jos "Juo", mo bártidit?

Bargolihkuhisvuoha	39 <input type="checkbox"/> 1
Lihkuhisvuoha ruovttus	<input type="checkbox"/> 2
Johlotatlihkuhisvuoha/muhtascooter	<input type="checkbox"/> 3
Veahkeváldi man nubbi olmmoš lea dagahan	<input type="checkbox"/> 4
Eará	<input type="checkbox"/> 5

Jos "Juo", galle beaivvi ledjet buohccin čálihuovvon bártti/lihkuhisvuoda geažil mañimuš jagis?

Lohku

40

(Čale "0" jos it leat leamaš buohccin čálihuovvon)

Gallii leat fitnan doaktára luhte dearvvašvuoda dahje buohcuvuoda geažil?

Vástit juohke gažaldaga.		Lohku
Dábáláš doaktára luhte	43	<input type="checkbox"/>
Spesialista luhte olggobealde buohcceviesu	45	<input type="checkbox"/>
Buohcceviesu poliklinihka	47	<input type="checkbox"/>
Doaktára luhte barggus	49	<input type="checkbox"/>
Ruvvejeaddji luhte	51	<input type="checkbox"/>
Buohccedikšu luhte buohcceviesus	53	<input type="checkbox"/>
Bátneadoaktára luhte	55	<input type="checkbox"/>
Kiropráktora luhte	57	<input type="checkbox"/>
Luonddu dálkkodeaddji luhte (homeopat, soneterapeuta jna.)	59	<input type="checkbox"/>

Gallii leat buohcceviesu dolvojuvvon mañimuš jagis

61

Fitnet go oktiige dábálaš doaktára luhte dakkár kontrollas mii lei lihtoduvvon ovddalgihtii?

Juo Ii

63

Jos "juo", gallii fitnet dábálaš doaktára luhte ovddalgihtii lihtoduvvon kontrollas

Lohku

64

Ávžžuhii go doavttir du rievdadit muhtun dáin čuovvovaš dábiin go mañimuš fitnet su luhte?

Borgguheapmi	66 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biebmodoallu	67 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rumašlaš lášmmohallan	68 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alkohola	69 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jos ávžžuhii:
Ledje go dat du mielas buorit rádiit?

	Juo	Eai	In
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Man duhtavaš leat guovllu gieldda dearvvašvuodabálvalusain?

Hui duhtavaš.....	71	<input type="checkbox"/>	1
Duhtavaš.....		<input type="checkbox"/>	2
Duhtameahtun.....		<input type="checkbox"/>	3

Leat go čuovvovaš dálkasiid geavahan mañimuš guokte vahku?

Sárges bákčasiid dálkasa bokte.

	Juo	li
Dálkasa bákčasiid vuostá.....	72	<input type="checkbox"/>
Dálkasa suvrása vuostá.....	73	<input type="checkbox"/>
Oaddendálkasa.....	74	<input type="checkbox"/>
Nearvadálkasa.....	75	<input type="checkbox"/>

BIEBMU JA DEARVVAŠVUODADÁBIT

Makkár mielkki jugat dábálaččat?

In juga mielkki.....	76	<input type="checkbox"/>	1
Čielga mielkki (dábálaš, suvrá).....		<input type="checkbox"/>	2
Geahppa mielkki (dábálaš, suvrá).....		<input type="checkbox"/>	3
Skummamielkki (dábálaš, suvrá).....		<input type="checkbox"/>	4

Leat go rievadadan iežat dábiid/biebmodoalu mañimuš golmma jagis mii guoská:

Sárges ruossa juohke gažaldaga bokte.

	Geavahan dál:		
		Embo	Seammá go ovdal
		Uhcit	
Buoidi biepmus.....	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummamielkki dahje geahppamielkki.....	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gáffegeavaheami.....	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholgeavaheami.....	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumašlaš lášmmohallan.....	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BARGU

Lea go dál:

Ollesáigge barggus.....	82	<input type="checkbox"/>	1
Bealle barggus.....		<input type="checkbox"/>	2
Eretcelkojuvvon.....		<input type="checkbox"/>	3
Ollásit dahje belohahkii bargguhaga.....		<input type="checkbox"/>	4
Eará.....		<input type="checkbox"/>	5

Lea go ballamis ahte masát dálá barggut dahje ekonomálaš áigáboadu heaittiheami, gáržžideami dahje eará sivaidda geažil lagamuš jagiid?

	Juo	li
83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea go dus okta dain čuovvovaš fitnuin váldofidnun?

Sárges vástideaddji fitnuid bokte.

	Juo	li
Guolásteaddji.....	84	<input type="checkbox"/>
Guolleindustriabargi.....	85	<input type="checkbox"/>
Rusttet-/ruvke bargi.....	86	<input type="checkbox"/>
Fievrrádus bargi.....	87	<input type="checkbox"/>
Boazodoalli.....	88	<input type="checkbox"/>
Káfe-/rektorággabargu/servitøra.....	89	<input type="checkbox"/>
Dearvvašvuodabargi.....	90	<input type="checkbox"/>
Eará fidnu.....	91	<input type="checkbox"/>

Guhtemus fidnu lea leamaš dus váldooassin bargoáigodagas?

Sárges vástideaddji fitnuid bokte.

	Juo	li
Guolásteaddji.....	92	<input type="checkbox"/>
Guolleindustriabargi.....	93	<input type="checkbox"/>
Rusttet-/ruvke bargi.....	94	<input type="checkbox"/>
Fievrrádus bargi.....	95	<input type="checkbox"/>
Boazodoalli.....	96	<input type="checkbox"/>
Káfe-/rektorággabargu/servitøra.....	97	<input type="checkbox"/>
Dearvvašvuodabargi.....	98	<input type="checkbox"/>
Eará fidnu.....	99	<input type="checkbox"/>

Leat go mañimuš jagis árvoštallan fárreret?.....100

	Juo	In
100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RUMAŠLAŠ LÁŠMMOHALLAN BARGGUS JA LUSTAÁIGGIS

Man dávjá dagat rumašlaš lášmmohallama unnimusat 20 min., mas bivastuvat dahje šieddaluvat?

Sárges geasset ja dálvet goappat sajis.

	Geas- set	Dál- vet
Hárve dahje in goassige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oktii vahkus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mággii vahkus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beaivválaččat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	101	102

GUVLUI LIIKON JA SOSIÁLALAŠ GASKAVUODAT

Galle ránnjádálu bearašgotti dovddat dan made bures ahte lohku galledehpet guhtet guimmiideattet duollet dáile?.....103

	Lohku
103	<input type="checkbox"/>

Dáhpáhuvvá go ahte

ránnjáin lonohalat bálvalusaid?

	In goas- siige	Hárve	Dávjá
Sárges juohke bálvalusa bokte.			
Luoikkahallat gaskaomiid (biergasiid, beaivválaš gálvvuid jna.).....	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearráigehččat viesu, opmodaga go leat eret.....	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearráigehččat mánáid, mánnagehččín.....	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veahkehít bargo-, fievrádus-, divvun-, ja gávppašan oktavuodin.....	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leat go duhtavaš eallindilálašvuodain?

Hui duhtavaš.....	109	<input type="checkbox"/>	1
Oalle duhtavaš.....		<input type="checkbox"/>	2
Veháš duhtameahtun.....		<input type="checkbox"/>	3
Hui duhtameahtun.....		<input type="checkbox"/>	4

Eallin lea áiggis áigái váttis, ja boahhteáigi sáhtta orrut eahpesihkarin.

Man ollu don váivášuvat boahhteáigásat?

In vehášge.....	110	<input type="checkbox"/>	1
Dušše vehá.....		<input type="checkbox"/>	2
Vehá.....		<input type="checkbox"/>	3
Oalle ollu.....		<input type="checkbox"/>	4

Leat go mañimuš 14 beaivvis háleštan:

Sárges juohke gažaldaga bokte.

	Juo	In
Soapmásiin berrašis ilu ja morraša birra.....	111	<input type="checkbox"/>
Soapmásiin berrašis dearvvašvuoda birra.....	112	<input type="checkbox"/>
Soapmásiin earret berrašiin ilu ja morraša birra.....	113	<input type="checkbox"/>
Soapmásiin earret berrašiin dearvvašvuoda birra.....	114	<input type="checkbox"/>

Leat go maŋimus 14 beaivvis dovdan ahte it bide čovdit váttisvuodaidat?

In 115 1
 Gaskkohagaid 2
 Dávjá 3
 Measta oppa áigge 4

Dovddat go iežat goassige okto?

In 116 1
 Gaskkohagaid 2
 Dávjá 3

Leat go leamaš guhkit áigodagaid - unnimusat 14 beaivvi - šlundi ja dorvvoheapmi Juo In

117

Leat go dus goassige nagirváttisvuodat Juo Eai

118

Leat go guhkit áigge dovdan dárbbu váldit oktavuoda geainnaga persovnnalaš váttisvuodaid geažil maŋimus jagis, ja dattege it leat váldán diekkár oktavuoda? Juo In

119

Vuorijašuvvat go dakkár jurdaga geažil ahte sáhtášit oažžut váralaš dávdda?

In vehásge 120 1
 Dušše vehá 2
 Vehá 3
 Oalle olu 4

Leat go maŋimus 14 beaivvis háleštan soapmásin:

	mangii	oalle magiit	dušše moddi	in oktinge
iežat dávdda birra.....121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eará olbmuid dávddaid birra.....122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Dás oainnat 10 báníráidalaša.

Bajimus bátni govve dan buoremus eallima maid don dáhtošit, vuolimus bátni fas dan vearrámus eallima, maid sáhtát jurddašit.

Buoremus eallin

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Guhtemuš bátni heive buoremusat du dálá eallimii?

Vearrámus eallin

- Jáhkán bátni nr. _____ heive buoremusat. 123

Guhtemuš bátni livččii heiven buoremusat du eallimii 5 jagi dás ovdal?

- Jáhkán bátni nr. _____ livččii heiven buoremusat 5 jagi dás ovdal. 125

Guhtemuš bátni heivešii buoremusat du eallimii 5 jagi geahčen?

- Jáhkán bátni nr. _____ heivešii buoremusat 5 jagi geahčen. 127

Dás vuolábealde leat moadde čuočuhusa maid mii dáhtošimmet du vástidit. Juohke gažaldahkii sárgestat ruossa made mielde don miedat dahje leat sierraoinnus.

	Otta- oatnas	Vehá- oatnas	Vehá- oatnas	Ahtas- oatnas
Dábalaččat olbmui leat doarvii váttisvuodat go ahte velá gullat mii dearvasvuhit lea vahát.....129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávjá álggahan odda doaimmaide ja bijan doaimmaid johtui.....130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luohtán dábalaččat mearrideaddjiide ja diehtide dain áššii main unnán diedán.....131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikon vuordemeahtun ja váttes hástalusaide.....132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lean optimista, maidai vuostegedageavadagas.....133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doaivvošin ahte eallimistán eai dáhpáhuváše menddo olu vuordemeahtun áššii.....134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lea go du mielas dehálaš leat duhtavaš diliin nu mo lea?

Lea earanoamáš dehálaš.....135 1
 Lea dehálaš..... 2
 Sihke juo ja ii..... 3
 Ii leat nu dehálaš..... 4
 Ii leat oppanassiige dehálaš..... 5

SEARVEDOAIMMAT

Galle diimmu geavahat báikkálaš searvedoaimmaide (valáštallan, politihkkálaš serviide, kristtalašvuoda doaimmaide dahje eará serviide) vahkus Diibmo-lohku

(Čále 0 jos it geavat ovttage diimmu).....136

PERSOVDNADIEĐUT

Leat go náitalan/ovttasorru? Juo In

.....138

Galle jagi oahppu lea dus? Jagit

(Váldde mielde vuoddoskuvlla ja nuoraidskuvlla).....139

SOSIÁLA DILIT

Makkár ekonomalaš dili lei du bearraiš dalle go don šaddet bajás?

Hui buorre.....141 1
 Buorre 2
 Gaskamearalaš 3
 Heajos 4
 Hui heajos 5

GIELLADUOGÁŠ

	Juo	Eaba/ li/in	In diede	
Leaba go goappášagat du vanhemiin riegadan Norggas? 142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lea/lei go du vanhemiin nuppis dahje goappášiin sámegiella ruovttugiellan?.....143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lea/lei go ovttasge du áhkuin ja ádjáin sámegiella ruovttugiellan?.....144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lea/lei go du vanhemiin nuppis dahje goappášiin suomagiella ruovttugiellan?.....145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lea/lei go ovttasge du áhkuin ja ádjáin suomagiella ruovttugiellan?.....146	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Áddejit go enet go ovttá giela ovdal go álget skuvlii?.....147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sáme- Suoma- Dám-
giela giela giela eari

Jos "juo", makkár gielaid? 148

Mii lei du iežat ruovttugiella/Mat ledje du
iežat ruovttugielat (dat giella/gielat maid
hállet) dalle go ledjet mánná? 149

OLGOÁIBMOEALLIN

Gallii leat čuoovvoaš doaimmain váldán oasi mañimuš jagis?
Sárges vástideaddji doaimma bokte.

Gerddiid lohku jagis

Guhkit vádjolemiid dahje čuoiganmátkkiid meahcis	0	1-2	3-9	10-20	Badjei 20
dahje duoddaris..... 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čuovgalahttus čuoigan 151	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivdomátkkis meahcis..... 152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivdomátkkis meara alde 153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivdu/meahcásteapmi..... 154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muhtascotermátki 155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eará (muorječoaggin, jna.)... 156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOLAGEA VAHEAPMI

Doalahat iežat eret alkoholas? 157 Juo In

Jos "In",: Man dávjá jugat vuollaga?

In goassige, dahje moddii jagis..... 158 1
1-2 mánus 2
Sullii oktii vahkus..... 3
2-3 vahkus..... 4
Sullii beaivválaččat..... 5

Man dávjá jugat viinna?

In goassige, dahje moddii jagis..... 159 1
1-2 mánus 2
Sullii oktii vahkus..... 3
2-3 vahkus..... 4
Sullii beaivválaččat..... 5

Man dávjá jugat buolleviinna?

In goassige, dahje moddii jagis..... 160 1
1-2 mánus 2
Sullii oktii vahkus..... 3
2-3 vahkus..... 4
Sullii beaivválaččat..... 5

Man dávjá leat mañimuš jagis juhkan

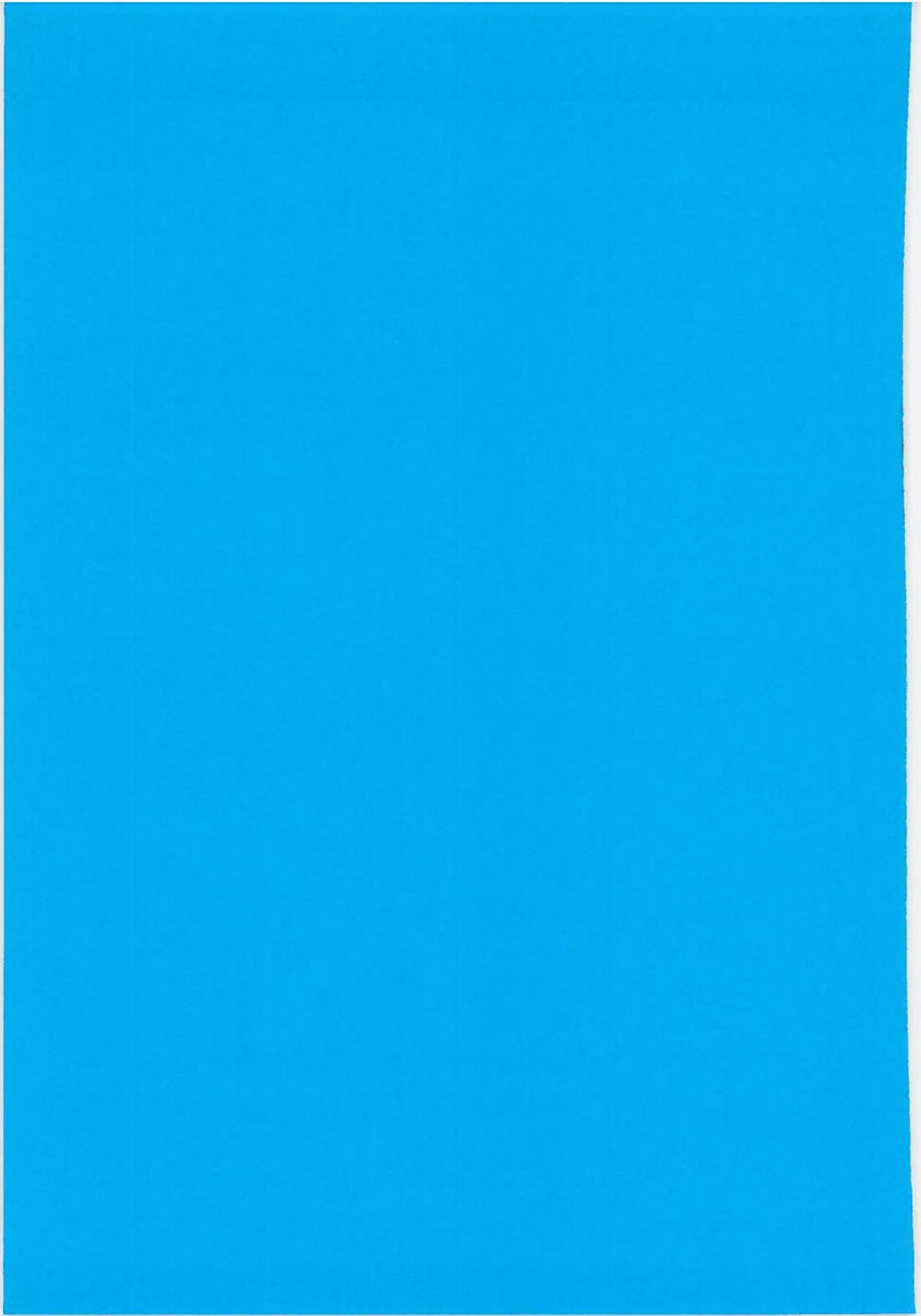
alkohola mii vástida 5 boahtallahke

vuola, olles viidnebohtala dahje

1/4 bohtala buolleviinna

In maidige, mañimus jagis 161 1
Moddii..... 2
1-3 mánus 3
1-2 vahkus..... 4
3 dahje mángii vahkus..... 5

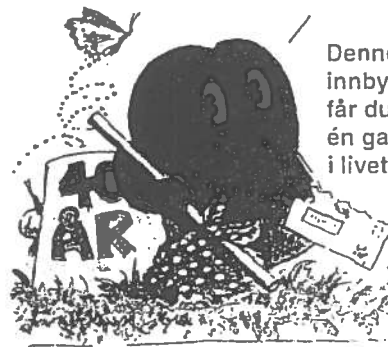
Finnmark VI: Spørreskjema 1,2 Norsk
Finnmark VI: Spørreskjema 2 Samisk



Innbydelse til HJERTE-KARUNDERSØKELSEN

Finnmark III spørreskjema 1

SJANSEN!



Denne innbydelsen får du bare én gang i livet.

Fødselsdato Personnr.

Kommune

Kretsnr.

Velkommen til 40-årsundersøkelsen!

Hjerte-karundersøkelsen kommer nå til ditt distrikt. Tid og sted for fram møte finner du nedenfor. Du finner også en orientering om undersøkelsen i den vedlagte brosjyren.

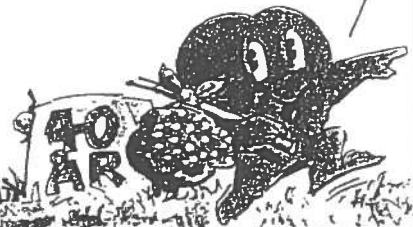
Vi ber deg være så vennlig å fylle ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen.

Undersøkelsen er viktig for at du selv kan forebygge hjerte-karsykdom. Resultatene fra undersøkelsene gir også viktig kunnskap om hvorledes forebyggende tiltak kan bli enda bedre.

Undersøkelsen blir mest verdifull om fram møtet blir så fullstendig som mulig. Vi håper derfor at du har mulighet til å komme. Møt selv om du kjenner deg frisk, eller om du er under legebehandling, eller om du har fått målt kolesterol og blodtrykk i den senere tid.

Med hilsen
Kommunehelsetjenesten Fylkeslegen
Statens helseundersøkelser

"GRIP SJANSEN -
MØT FRAM!"



Hvordan er nissen din nå? Sett bare et kryss.

- Dårlig 12 1
- Ikke helt god 2 2
- God 3 3
- Svært god 4 4

Har du, eller har du hatt:

- | | JA | NEI | Alder første gang | År |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|----|
| Hjerteinfarkt 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | År |
| Angina pectoris (hjerterkrampe) 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | År |
| Hjerneslag/hjerneblødning 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | År |
| Astma 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | År |
| Diabetes (sukkersyke) 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | År |

Braker du medisin mot høyt blodtrykk?

- Nå 28 1
- For, men ikke nå 2 2
- Aldri brukt 3 3

Hvis ja, hvilket merke bruker du nå?

Ikke skrevet

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? 33

Har du de siste to ukene følt deg:

- | | Nei | Litt | En god del | Svært mye |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nervøs og urolig? 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaget av angst? 35 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trygg og rolig? 36 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabel? 37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glad og optimistisk? 38 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedfor/deprimert? 39 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensom? 40 | <input type="checkbox"/> | <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? 41 JA NEI

Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

- Stoppe? 42 1
- Sakne farten? 2 2
- Fortsette i samme takt? 3 3

Dersom du stopper, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter? 43

Kan slike smerter like gjerne opptre mens du er i ro? 44

Mottar du nå noen av følgende ytelser?

- Syketrygd (sykmeldt) 45
- Attføringspenger 46
- Ulostepensjon (hel eller delvis) 47
- Arbeidsledighetsstrygd 48

ENDRING AV HELSEVANER

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

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å: 49

Om 5 år, tror du at du har endret vaner på noen av disse områdene? 52

Anslå din høyeste og laveste vekt i løpet av de siste 5 år. (Se bort fra vekt under svangerskap) 55

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

SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller sosken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjerterkrampe)? 61

Har én eller flere foreldre/sosken hatt:

- Hjerteinfarkt for de fylte 60 år? 62
- Hjerneslag for de fylte 70 år? 63

Hvor lenge er du vanligvis daglig

til stede i røykfyllt rom? 64 Antall timer

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom.

Røyker du selv?

- | | JA | NEI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sigaretter daglig? 66 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sigaretter/sigarillos daglig? 67 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pipe daglig? 68 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor

lenge er det siden du sluttet? 69 Antall år

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt

tidligere:

- Hvor mange sigaretter røyker eller røykle du vanligvis daglig? 71 Antall sigaretter
- Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? 75 Alder
- Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? 77 Antall år

ØKOSJON

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste

året? Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsvei regnes som ltid.

- | | Timer pr. uke | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ingen | Under 1 | 1-2 | 3 og mer | |
| Let aktivitet (ikke svett/andpusten) 79 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 80 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KAFFE/TE/ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

- Kokekaffe 81 Antall kopper
- Annen kaffe 83 Antall kopper
- Te 85 Antall kopper

Er du total avholdsmann/-kvinne? 87 JA NEI

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanlig-

vis alkohol? Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd. 88 Antall ganger

Hvor mange glass ol, vin eller brennevin drikker du

vanligvis i løpet av to uker? 90

Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol.

- | | Ol | Vin | Brennevin |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> glass | <input type="checkbox"/> glass | <input type="checkbox"/> glass |

FET

Hva slags margarin eller smor bruker du vanligvis på

brodet? Sett ett kryss.

- Bruker ikke smor/margarin 96 1
- M'ierismor 2 2
- Hard margarin 3 3
- Blot (solt) margarin 4 4
- Smor/margarin blanding 5 5
- Lettmargarin 6 6

UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 97 1
- Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole 2 2
- Artium, og gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole 3 3
- Høgskole/universitet, mindre enn 4 år 4 4
- Høgskole/universitet, 4 år eller mer 5 5

ETTERUNDERSØKELSE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere,

hvilken allmennpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli

henvist til? Oppgi legens navn:

Dette spørreskjema er et tillegg til hjerte-krar undersøkelsen i Finnmark 1996/97. Vennligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til Helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, tar du dem bare så ubesvart til du møter fram. Du kan drøfte dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig. Personnummer og navn vil bli fjernet fra dine data før de brukes til forskning. Undersøkelsen er godkjent av Datatilsynet og Regional komite for medisinsk forskningsetik. På forhånd takk.

KONFIDENSIELT



Hilsen
 Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø - Statens helseundersøkelser

Personalia

Er du gift/samboende? Ja Nei

Oppvekstforhold

Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

- Svært gode
- Gode +
- Vanskelige
- Svært vanskelige

Har du bodd på skoleinternat? Ja Nei

Hvis Ja, i hvilken periode bodde du på internat?

1-3 klasse 4-9 klasse

Bodde du i Finnmark under noen del av krigen? Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål om «Egen helse»

Hvis Ja, Ja Nei

- ble du evakuert?
- flyttet/reiste du ut av fylket på egen hånd?
- bodde du i Finnmark vinteren 1944/45?

Opplevde du under krigen : Ja Nei

- mangel på visse typer mat
- for lite mat i perioder
- sult

Mener du at krigen har gitt deg nedsatt helse?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Har du kunnet snakke om dine krigsopplevelser med noen i familie eller nærmiljø?

- Ja
- Nei
- Usikker

Egen helse

Hvor ofte er du plaget av hodepine eller smerter i nakke/skuldre?

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Hodepine | Nakke/skuldre |
| Sjelden eller aldri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En eller flere ganger i måneden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En eller flere ganger i uken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daglig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du i perioder hatt:

- smerter øverst i magen som har vart minst 2 uker? Ja Nei
- sure oppstøt og halsbrann som har vart minst 1 uke? Ja Nei

Har du de siste 5 år blitt undersøkt for magesår? Ja Nei

Hvis Ja, hvor

og når 19 +

Hvor høy var du ved 25 års alder? cm

Sykdom i familien

Kryss av for de slektninger som har eller har hatt hjerteinfarkt: Kryss av for "Ingen" hvis ingen av slektningene har hatt sykdommene.

Hjerteinfarkt	Ektefelle	Far	Mor	Bror	Søster	Barn	Ingen
før fylt 40 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50-59 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60-69 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etter fylt 70 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sukkersyke	Ektefelle	Far	Mor	Bror	Søster	Barn	Ingen
før fylt 40 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etter fylt 40 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemeslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du de siste 14 dager brukt noen av følgende medisiner ?

- Smertestillende Ja Nei
- Syreøytraliserende midler +
- Annen medisin mot magesår
- Sovemedisin
- Medisin mot depresjon
- Annen nervemedisin
- Insulin
- Tabletter mot diabetes (sukkersyke)

Melk

Hva slags melk drikker du vanligvis?

- Drikker ikke melk
- Helmelk (søt, sur) +
- Lettmelk (søt, sur)
- Skummet melk (søt, sur)

Arbeid

Mener du at du står i fare for å kunne miste ditt nåværende arbeid eller økonomiske utkomme på grunn av nedleggelse eller innskrenkninger på din arbeidsplass, eller av andre årsaker de nærmeste årene?

Ja Nei

Hvilket hovedyrke har du for tiden?

i

Kryss av for hvert yrke:

Ja Nei

Fisker

Fiskeindustriarbeider

Reindriftsutøver

Bonde/småbruker

+

Annet

Har du siste året vurdert å flytte ut av kommunen?

Ja Nei

Trivsel og psykisk helse

Er du stort sett fornøyd med tilværelsen?

Meget fornøyd

Ganske fornøyd

Litt misfornøyd

Meget misfornøyd

+

I hvilken grad viser du måtehold i det du gjør?

Ikke noe

Litt

En del

Mye

Svært mye

Har du de siste 14 dager følt deg

ute av stand til å takle dine vanskeligheter?

Nei

Av og til

Ofte

Hender det at du føler deg ensom?

Hender det at du i lengre perioder (minst 14 dager) er trist og nedfor?

Ja

Nei

har problemer med søvnen?

Hvis ja, hvor alvorlig er disse plagene for deg?

Ubetydelig

Moderat

Alvorlig

Invalidiserende

Trist/nedfor

Søvnproblemer

Hvis ja, hvilken tid på året er du mest plaget?

Ingen spesiell

Særlig i

Særlig i

Særlig

tid

mørketida

midnattssollida

høst/vår

Trist/nedfor

Søvnproblemer

Hvilke søvnproblemer dreier dette seg om?

(Sett ett eller flere kryss)

Vanskelig for å sovne om kvelden

Ja

Nei

Sovner for tidlig om kvelden

Våkner for tidlig om morgenen

Sover for lenge om morgenen

+

Er ikke uthvilt om morgenen

Sover dårlig og våkner flere ganger om natten.

Etnisitet og språktilhørighet

Er to eller flere av dine besteforeldre av samisk ætt? Ja Nei

Er to eller flere av dine besteforeldre av finsk ætt?

Språktilhørighet (sett eventuelt flere kryss)

	Norsk	Samisk	Finsk	Annet
Fars foreldre snakket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mors foreldre snakket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far snakker/snakket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor snakker/snakket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg snakker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etnisitet (sett eventuelt flere kryss)

	+	Norsk	Samisk	Finsk/kven/ finskættet	Anne.
Jeg oppfatter meg som		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far oppfatter/opplattet seg som		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor oppfatter/opplattet seg som		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besvares kun av kvinner.

Menstruasjonsforhold - P-pillebruk

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

Har du for tiden regelmessig menstruasjon? Ja Nei
(Regn den for regelmessig om den ikke har vært borte mer enn 3 mnd. sammenhengende siste år)

Hvis Nei, fyll ut nedenfor (bare ett kryss)

Den sluttet av seg selv for

minst 6 mnd. siden

+

Usikker på om den har sluttet

Gravid

Aldri hatt menstruasjon

Den sluttet etter underlivsoperasjon

Uregelmessig menstruasjon, "pause"

minst 3 mnd.

Har for tiden ikke regelmessig menstruasjon

(f.eks. har født eller bruker hormoner)

Hvis du ikke lenger har menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? år

Hvor mange barn har du født? barn

Bruker du eller har du brukt:

P-pille (også minipille)

Hormonspiral (ikke vanlig kopperspiral)

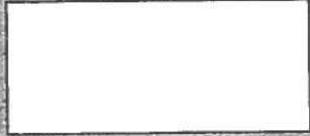
Østrogen (tabletter eller plaster)

Østrogen (krem eller stikkpille)

Hvis du bruker P-pille, hormonspiral eller østrogen, hvilket merke bruker du nå?

Dá gaskkohagaid leamaš ja Finnmarkku váibma- ja várrasuoitnádávdaulkamušii 1996/97. Leago uššitit ja deardde skovi ovdádjehit ja váldde dan mielde Dearvvašvuodáulkamušii. Jus muhtun gažaldahkii eahpeálgusa, oadnu govdáit vásihkeahki dásta go headdá duhkamušii. Daid sáhttá čieggadii dálguin geaž dáahit duhkamuša. Buot vásihkeahki geažaldahkii lea nuorra jávohivuođa gáibádusaid mielde. Persovnanámmu ja nuorra áhkkajuvvojit du áleatn evdal go dat geavahuvvojit duhkamušat. Dábabearrásgažaldahkii ja Medisinnaleš áhkkajuvvojit registovnnalaš komitea leat dohkkehan duhkamuša. Ovdádjehit sáhttá Dearvvašvuodáulkamušii. Servodáhtnástinnalaš Institihta, Tromssa Universitehta - Stáhta dearvvašvuodáulkamušat

ČIEGUS



Persovnadiedut

Leatgo náitalan/ovttasorru? Lean In

Bajásšaddandilli

Makkár ekonomalaš dilli lei din bearrašis du bajásšattadettilin?
 Hui buorre +
 Buorre
 Váttis
 Hui váttis

Lean In

Leatgo ássan skuvlainternáhtas?
 Jus leat, de gude álgodagas ássat internáhtas?
 1-3 luohkká 4-9 luohkká

Ássetgo Finnmarkkus soadi álgge muhtun álgodagaid? Juo In
 Jus it, de sirdde gažaldahkii «ležan dearvvašvuhta».

Jus Juo, Juo In
 šaddet go eváhkkoi?
 fárrejitgo/vulgetgo fylkkas ieš?
 ássetgo Finnmarkkus dálvit 1944/45

Vásihtgo soadi álgge: Juo In
 dihto borramušaid vátnivuoda
 menddo unnán biebmá gaskkohagaid
 nealggi +

Oalvvildatgo ahte soadi geažil lea dus heajut dearvvašvuhta?
 Juo In In diede

Leatgo sáhtán háleštit iežat soahtevásáhusain geainna nu iežat bearrašis dahje lagaš birrašis?
 Juo In Eahpesihkar

ležan dearvvašvuhta

Man dávjá dovddat oaivebákkasa dahje hárduld/niskebákkasaid? Oaivebávccas Niski/hárdut
 Hárve dahje in goassige
 Oktii dahje eanet gerddiid mánus
 Oktii dahje eanet gerddiid vahkkus
 Beaivválaččat

Leatgo dus gaskkohagaid leamaš:
 bákkasat čovviji badjeoasis mat leat Juo li
 bistán unnimusat 2 vahkku?
 suvrra reavgganasat ja boaldibákkasat
 njielus unnimusat 1 vahkku? Juo li

Leago vída mañimuš jagis iskojuvvon leago dus čovvehávvi?
 Jus Juo, _____
 gos _____
 ja goas 19 _____ + _____ cm

Man guhki ledjet 25 jahkásažžan? cm

Dávddat bearrašis
 Merkes daid fuokkiid buohta geain lea dahje leamaš váibmodohppehallan: Merkes "ii oktage" buohta jus ovttaga fuokkis eai leat leamaš dát dávddat.

Váibmodohppehallan	Náittosuoibmi	Áhčči	Eadni	Viellja	Oabbá	Mánná	li oktage
vuolle 40 ahkásažžan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 ahkásažžan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50-59 ahkásažžan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60-69 ahkásažžan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
badjel 70 ahkásažžan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sohkardávda
 vuolle 40 ahkásažžan
 mañná go devddii 40

Vuoinnašvardin

Leatgo mañimuš 14 beavvis atnán juoga čuovvovaš dálkasiid? Juo In
 Bákkasiid váidudeaddjiid +
 Čovvesuvvri láivudeaddjiid
 Eará dálkasiid čovvehávi vuostá
 Nohkkandálkasiid
 Dálkasiid deprešuvvna vuostá
 Eará nearvadálkasiid
 Insuliinna
 Diabetes (sohkardávda) tablehtaidd

Mielki

Makkár mielkki jugat dábálaččat?
 In juga mielkki
 Čielgamielkki (dábálaš, suvrra)
 Geahppamielkki (dábálaš, suvrra)
 Skummamielkki (dábálaš, suvrra) +

Bargu

Oaivvildatgo ahte lagamus jagiid sáhtta geavvat nu ahte massát iežat dálá barggu dahje šattat stuorra rudalaš váttisvuodaide danin go du bargosadji heaittihuvvo dahje unniduvvo, dahje eará sivald geažil?

Mii lea du váldobargu dál?

Merket juohke barggu buohta:

Guolásteaddji

Guolleindustriijabargi

Boazodoalli

Boanda/smávvdálolaš

Eará

Leatgo mañimuš jagi áigge jurddašan fárreret gleiddas eret?

Loaktin ja psykalaš dearvvašvuohta

Man muddui leat duhtavaš eallindillásat?

Hui duhtavaš

Viehka duhtavaš

Veahá duhtameahtun

Hui duhtameahtun

Man muddui čájehat govtolašvuoda das maid dagat?

In veaháge

Veahá

Muhtun muddui

Ollu

Hui ollu

Leatgo mañimuš 14 beaivvis

dovdan ahte it nagot

čoavdi váttisvuodaideat:

In

Gaskkohagaid

Dávjá

Váivvídago oktovuoda

dovdu goassige du?

li

Gaskkohagaid

Dávjá

Geavvágo nu ahte guhkkit álgodagaid

(unnimusat 14 beaivvi) leat šlundi ja

heajos mieles

Juo

li

leat váttisvuodat oaddit

Juo

li

Jus Juo, de man mearkkašahttin anát dáid

váttisvuodaideat?

li mearkkašahti Govttolaš Duodalaš

Bilida

dearvvašv.

Šlundivuotta/heajos miella

Oaddinváttisvuodat

Jus Juo, de gude jahkodagas váivvida eanemusat?

+

li earenoamáš jahkodat

Eanemusat skábman

Eanemusat gaskaija-

čakčat/giddat

beaivváš áigge

Šlundivuotta/heajos miella

Oaddinváttisvuodat

Makkár oaddinváttisvuodat dat leat?

(Bija ovttá dahje eanet mearkkaid)

Váttis oazžut nahkáriid eahkedis

Nohkan menddo árrat eahkedis

Morihan menddo árrat iddedis

Oadán menddo guhká iddedis

In leat vuonjis iddedis

Oadán heittogit ja morihan mángii ijas.

Juo

li

Čearddalašvuohta ja giellagullevašvuohta

Leatgo govttis dahje eanebut du áhkuin ja ádjáin sámi sogas?

Juo

li

Leatgo govttis dahje eanebut du áhkuin ja ádjáin suoma sogas?

Giellagullevašvuohta (sáhtát merket mángga)

	Dárogiela	Sámegiela	Suomagiela	Eará
Áhči váhnemat hálaiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eatni váhnemat hálaiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhčči hállá/hálai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eadni hállá/hálai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mun hálan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Čearddalašvuohta (sáhtát merket mángga)

	Dázan/Rivgun	Sápmelažžan	Suopmelažžan/vkenan/ suoma soqalažžan	Earán
Dovddan iežan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhčči dovda/dovddai iežas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eadni dovda/dovddai iežas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dása vástidit dušše nissonat.

Mánnodávddat - P-pillageavaheapmi

Man boarisin ožžot vuosttaš háve

jahkásažžan

mánnodávddaid?

Leatgo dus dál mánnodávddat dásslidis gaskkaid?

Juo

li

(Loga dássidid gaskan dan jus mánnodávddat eai leat jávkan eanet go 3 mánu mañjálagaidda mañimuš jagis)

Jus li, merke dáldda (merke dušše ovttá)

leš eambo jávke badjel 6 mánu dassáid

In leat sihkar leatgo jávkan

Áhpeheapmi

Eai leamaš goassige mánnodávddat

Nohke vuolledábiid čuohtadusa mañjálagaidda

Eahpedássidid mánnodávddat, "boddu"

unnimusat 3 mánu

Dál eai leat mánnodávddat dássidid

gaskkaid (omd. riegeadahttima dahje

hormonageavaheami geažil)

Jus dus eai leat šat mánnodávddat,

man boaris ledjet go dat jávke?

jahkásažžan

Galle máná leat riegeadahttán?

máná

Geavahatgo dahje leatgo geavahan:

P-pillaid (maiddáid minipillaid)

Hormonaspirála (ii dábašas veaikespirála)

Estrogena (tableahtaid dahje plastera)

Estrogena (vuoidasa dahje nahkehanpilla)

Jus geavahat P-pillaid, hormonaspirála dahje estrogena, gude mearkka geavahat dál?

ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. Reformen i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.
11. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.

13. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Søgaard, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Holtedahl, 1991.
17. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønnebo Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønnebo, 1992.
22. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.
24. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønnaa, 1992.

26. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Søgaard, 1993.
29. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.
33. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.
- 34.* Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996. (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. Factors affecting doctors' decision making.
Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.
37. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.
Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.
Av Toralf Hasvold, 1996.

39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.
Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988.
Av Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
- 41.* Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.
Av Inger Thune, 1997.
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.
43. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients
Av Terje Risberg, 1998.
44. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Inger Njølstad, 1998.
45. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.
Av Ivar Aaraas, 1998.
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.
Av Ivar Aaraas, 1998.
46. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.
Av Jorid Andersen, 1998.
47. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.
Av Ragnar Martin Joakimsen, 1999.
48. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.
Av Bjørn Odvar Eriksen, 1999.
49. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Henrik Schirmer, 2000.

50. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.
Av Jon Øyvind Odland, 2000.
- 50B Окружающая и профессиональная экспозиция, факторы
стиля жизни и исход беременности у населения
арктической и субарктической частей Норвегии и России
Юн Ойвин Удлан 2000
51. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Tormod Brenn, 2000.
52. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.
Av Oddmund Joakimsen, 2000.
53. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.
Av Eva Stensland-Bugge, 2000.
54. The South Asian cataract management study.
Av Torkel Snellingen, 2000.
55. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.
56. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.
Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.
57. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.
Av Sameline Grimsgaard, 2001.
58. Finnmarkundersøkelsene
Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E,
Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.
59. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.
Av Anette Hjartåker, 2001.
60. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.
Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.
61. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.
Av Jan Holt, 2001.
62. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.
Av Lone Jørgensen, 2001.

63. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.
Av Vidje Hansen, 2001.
64. Ill health in two contrasting countries.
Av Tom Andersen, 1978/2002.
65. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.
Av Tom Wilsgaard, 2002.
66. Helseundersøkelsen i Arkangelsk 2000.
Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.
67. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.
Av Audny G. W. Anke, 2003.
68. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the artic.
Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.
69. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.
Av Merethe Kunmle, 2003.
70. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen.
Av Olaug Lian, 2003.
71. Vitamin D security in northern Norway in relation to marine food traditions.
Av Magritt Brustad, 2004.