

Invitasjon til HUNT 3

Viktig
Enkelt
Gratis

hunt 3
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.


Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.


Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på www.hunt.ntnu.no. Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningscenter, tlf 74075180.

Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen


Steinar Krokstad
Førsteamanuensis
Prosjektleder HUNT 3


Jostein Holmen
Professor, daglig leder
HUNT forskningscenter


Stig A. Slørdahl
Professor, dekanus
Det medisinske fakultet, NTNU

Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

Åpningstida:

 **NTNU**

HUNT forskningscenter



En time for bedre folkehelse

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: **Rett** **Galt**
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

HELSE OG DAGLIGLIV

1 Hvordan er helsa di nå?

Dårlig Ikke helt god God Svært god

2 Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?

Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelseshemmet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn 6 måneder?

Ja Nei

4 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 uker?

Ingen	Meget svake	Svake	Mode- rate	Sterke	Meget sterke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de siste 4 uker?

Ikke i det hele tatt	En del	Litt	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HELSETJENESTER

6 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:

	Ja	Nei
Fastlege/allmennlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen legespesialist utenfor sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultasjon uten innleggelse		
- ved psykiatrisk poliklinikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ved annen poliklinikk i sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Har du vært innlagt i sykehus i løpet av de siste 12 måneder?

Ja Nei

SYKDOMMER OG PLAGER

8 Har du hatt noe anfall med pipende eller tung pust de siste 12 måneder?

Ja Nei

9 Har du noen gang de siste 5 år brukt medisiner for astma, kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS?

Ja Nei

10 Bruker du, eller har du brukt, medisin mot høyt blodtrykk?

Ja Nei

11 Har du, eller har du noen gang hatt, noen av disse sykdommene/plagene: (Sett ett kryss pr. linje)

Hvis ja, hvor gammel var du første gang?

Eksempel: år gammel

	Ja	Nei	År gammel
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Angina pectoris (hjertekrampe) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Annen hjertesykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Hjerneslag/hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Eksem på hendene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Kreftsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Leddgikt (reumatoid artritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Bechterews sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Sarkoidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Beinskjørhet (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Slitasjegikt (artrose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel
Psysiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> år gammel

12 Har du noen gang fått påvist for høyt blodsukker?

Ja Nei

Hvis ja: I hvilken situasjon første gang?

Ved helseundersøkelse... Under sykdom

Under svangerskap

Annet.....

SKADER

13 Har du noen gang hatt:

Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?

Eksempel:

3 4 år gammel

	Ja	Nei	år gammel
Lårhalsbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Brudd i handledd/underarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Brudd/sammenfall av ryggvirvler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Nakkesleng (whiplash).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

14 Har du foreldre, søsken eller barn som har, eller har hatt, følgende sykdommer?

(Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei	Vet ikke
Hjerneslag eller hjerneblødning før 60 års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60-års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/høysnue/neseallergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinskjørhet (osteoporose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom (ikke nyresten, urinveisinfeksjon, urinlekkasje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Har noen av dine besteforeldre, dine foreldres søsken eller dine søskenbarn fått diagnosen diabetes (type 1 eller type 2)?

Ja Nei

HVORDAN FØLER DU DEG?

16 Har du de to siste uker følt deg:

(Sett ett kryss pr. linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs og urolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Har du noen gang i livet opplevd at noen over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?

Ja Nei

TOBAKK

18 Røykte noen av de voksne innendørs da du vokste opp?

Ja Nei

19 Røykte mora di da du vokste opp?

Ja Nei

20 Røyker du selv?

Nei, jeg har aldri røykt.....

Hvis du aldri har røykt, hopp til spørsmål 22.

Nei, jeg har sluttet å røyke.....

Ja, sigaretter av og til (fest/ferie, ikke daglig).....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe av og til

Ja, sigaretter daglig.....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe daglig.....

21 Svar på dette hvis du nå røyker **daglig** eller tidligere har røykt **daglig**:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? sigaretter pr. dag

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

Hvis du tidligere har røykt daglig, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

21 Svar på dette hvis du røyker eller har røykt **av og til**, men ikke daglig:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis i måneden? sigaretter pr. mnd

Hvor gammel var du da du begynte å røyke av og til? år gammel

Hvis du tidligere har røykt av og til, hvor gammel var du da du sluttet? år gammel

22 Bruker du, eller har du brukt, snus?

Nei, aldri Ja, av og til.....

Ja, men jeg har sluttet.... Ja, daglig

Hvis du aldri har brukt snus, hopp til spørsmål 23.

Hvis ja:

Hvor gammel var du da du begynte med snus? år gammel

Hvor mange esker snus bruker/brukte du pr. måned? esker snus pr. måned

Hvis du bruker eller har brukt både sigaretter og snus, hva begynte du med først?

Snus..... Sigaretter.....
 Omtrent samtidig Husker ikke.....
 (innenfor 3 måneder)

Da du begynte å bruke snus, var det for å prøve å slutte å røyke eller for å redusere røykinga?

Nei..... Ja, for å
 Ja, for å slutte å røyke redusere røykinga.....

MATVARER

23 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. linje)

	0-3 ganger pr. mnd.	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ggr el mer pr. dag
Frukt/bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade/smågodt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokte poteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta/ris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pølser/hamburgere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (laks, ørret, sild, makrell, uer som pålegg/middag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Bruker du følgende kosttilskudd?

(Sett ett kryss for hvert kosttilskudd)

	Ja, daglig	Av og til	Nei
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omega-3-kapsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin- og/eller mineraltilskudd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Hvor mange glass drikker du vanligvis av følgende?

1/2 liter = 3 glass (Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden eller aldri	1-6 gl. pr uke	1 gl. pr. dag	2-3 gl. pr. dag	4 gl. eller mer pr. dag
Vann, farris o.l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk (søt/sur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk (søt/sur) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft med sukker....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft uten sukker....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice eller nektar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26 Hvor mange kopper kaffe/te drikker du pr. døgn?

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

	Koke- kaffe	Annen kaffe	Te
Antall kopper	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27 Hvor mange kopper kaffe drikker du om kvelden (etter kl 18)?

Antall kopper

ALKOHOLBRUK

28 Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? (Regn ikke med lettøl)

4-7 ganger pr. uke..... Ca 1 gang pr. måned..
 2-3 ganger pr. uke..... Noen få ganger pr. år.
 ca 1 gang pr. uke Ingen ganger siste år..
 2-3 ganger pr. måned.... Aldri drukket alkohol...

29 Har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 uker?

Ja Nei

Hvis ja:

Har du drukket så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)?
 Nei.....
 Ja, 1-2 ganger
 Ja, 3 ganger eller mer

30 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker? (Regn ikke med lettøl)
 (Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

	Øl	Vin	Brenne- vin
Antall glass	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31 Hvor ofte drikker du 5 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning?

Aldri..... Ukentlig.....
 Månedlig Daglig.....

MOSJON/FYSISK AKTIVITET

Med mosjon mener vi at du f.eks går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

32 Hvor ofte driver du mosjon? (Ta et gjennomsnitt)

Aldri.....
 Sjeldnere enn en gang i uka.....
 En gang i uka.....
 2-3 ganger i uka.....
 Omtrent hver dag.....

33 Dersom du driver slik mosjon, så ofte som en eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du? (Ta et gjennomsnitt)

Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett.....
 Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett.....
 Tar meg nesten helt ut.....

34 Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

Mindre enn 15 minutter.. 30 minutter – 1 time....
 15-29 minutter Mer enn 1 time

35 Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida? Ja Nei

36 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? (Regn med både jobb og fritid) Antall timer

ARBEID

37 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? (Sett ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid (f.eks skrivebordsarbeid, montering).....

Arbeid som krever at du går mye (f.eks ekspeditørarbeid, lett industriarb., undervisning).

Arbeid hvor du går og løfter mye (f.eks postbud, pleier, bygningsarbeid).....

Tungt kroppsarbeid (f.eks skogsarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt bygningsarbeid).....

HØYDE/VEKT

38 Omtrent hva var din høyde da du var 18 år? cm Husker ikke

39 Omtrent hva var din kroppsvekt da du var 18 år? kg Husker ikke

40 Er du fornøyd med vekta di nå? Ja Nei, for lett Nei, for tung

41 Har du forsøkt å slanke deg i løpet av de siste 10 år? Nei Ja, noen ganger Ja, mange ganger

42 Er din kroppsvekt minst 2 kg lavere nå enn for 1 år siden? Ja Nei

Hvis ja:

Hva er grunnen til dette?

Slanking Sykdom/stress Vet ikke

ALVORLIGE LIVSHENDELSER SISTE 12 MÅNEDER

43 Har det vært dødsfall i nær familie? (barn, ektefelle/samboer, søsken eller foreldre) Ja Nei

44 Har du vært i overhengende livsfare pga. alvorlig ulykke, katastrofe, voldssituasjon eller krig? Ja Nei

45 Har du hatt samlivsbrudd i ekteskap eller i lengre samboerforhold? Ja Nei

46 Hvis du har svart ja på et eller flere av spm 43, 44 eller 45; i hvilken grad har du hatt reaksjoner på dette de siste 7 dager?

Ikke i det hele tatt..... I moderat grad.....

Litt..... I høy grad.....

OPPVEKST - DA DU VAR 0-18 ÅR

47 Hvem vokste du opp sammen med?

Mor..... Andre slektninger.....

Far..... Adoptivforeldre.....

Stemor/stefar..... Foster-/pleieforeldre...

48 Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre, da du var barn? Nei.....
Ja, før jeg var 7 år....
Ja, da jeg var 7-18 år

49 Døde noen av dine foreldre da du var barn? Nei.....
Ja, før jeg var 7 år....
Ja, da jeg var 7-18 år

50 Vokste du opp med kjæledyr? Nei.....
Ja, katt..... Ja, hund.....
Ja, hest..... Ja, annet levende dyr.

51 Hvor mye melk eller yoghurt drakk du vanligvis?

Sjelden/ aldri	1-6 gl. pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 gl. pr. dag	Mer enn 3 glass pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52 Vokste du opp på gård med husdyr? Ja Nei

53 Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som:

Svært god..... Vanskelig.....

God..... Svært vanskelig.....

Middels.....

ALT I ALT

54 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Sett ett kryss)

Svært fornøyd..... Nokså misfornøyd.....

Meget fornøyd..... Meget misfornøyd.....

Ganske fornøyd..... Svært misfornøyd.....

Både/og.....