

**HELSEUNDERSØKELSEN**  
**I N O R D - T R Ø N D E L A G**

*«JA, nå er det  
min tur!»*



**Personlig innbydelse**



**S**pørreskjemaet er en viktig del av Helseundersøkelsen. Her finner du spørsmål om tidligere sykdom og om andre forhold som har betydning for helse. Vennligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til Helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem bare stå ubesvarte til du møter fram, og drøfter dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.

Flere steder i skjemaet ber vi deg oppgi din alder da eventuell sykdom inntrådte. Hvis du ikke husker nøyaktig hvor gammel du var, skriver du et tall som er nærmest det du antar er korrekt.

Når resultatene fra undersøkelsen foreligger, vil det være enkelte som trenger ny undersøkelse hos egen lege. Dette vil du få beskjed om i det brevet som vi sender deg om dine resultater. Samtidig sender vi melding om resultatene dine til legen din. Det er derfor

om å gjøre at du i rubrikken helt til slutt i skjemaet oppgir navnet på den allmennpraktiserende lege, kommunelege eller det helsesenter som du ønsker skal ta hånd om eventuell etterundersøkelse, og som vi skal sende resultatene til.

Med vennlig hilsen

Helsetjenesten i Nord-Trøndelag • Statens helseundersøkelser • Statens Institutt for Folkehelse

## DET HANDLER OM HELSA DI

### Hvordan er helsa di nå?

Bare ett kryss

- Dårlig ..... 12  1  
 Ikke helt god .....  2  
 God .....  3  
 Svært god .....  4

## LUFTVEGSPLAGER

### Hoster du daglig i perioder av året? .....

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis JA:

- Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? .. 14
- Har du hatt hoste med oppspytt i minst 3 mnd. sammenhengende i hvert av de to siste åra?

### Har du hatt noe anfall med pipende eller tung pust de siste 12 måneder? ..... 16

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

### Har du eller har du hatt astma? .... 17

JA	NEI	Alder første gang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år

### Har du brukt eller bruker du astmamedisin? ..... 20

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HJERTE-KARSYKDOMMER, DIABETES

### Har du, eller har du hatt:

- |  | JA                       | NEI                      | Alder første gang |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Hjerteinfarkt ..... 21                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| Angina pectoris (hjertekrampe) .... 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| Hjerneslag/hjerneblødning ..... 27     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| Diabetes (sukkersyke) ..... 30         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |

### Hva ble resultatet siste gang du målte blodtrykket ditt?

Bare ett kryss

- Begynne med/fortsette med blodtryksmedisin .... 33  1  
 Komme til kontroll, men ikke ta blodtryksmedisin  2  
 Ingen kontroll og ingen medisin nødvendig .....  3  
 Har aldri fått målt blodtrykket .....  4

### Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

Bare ett kryss

- Nå ..... 34  1  
 Før, men ikke nå .....  2  
 Aldri brukt .....  3

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

JA	NEI	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## STOFFSKIFTE

### Har du noen gang fått påvist:

- |                                     | JA                       | NEI                      | Alder første gang |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| for høyt stoffskifte ..... 36       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| for lavt stoffskifte ..... 39       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| struma ..... 42                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |
| annen sykdom i skjoldbruskkjertelen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år                |

### Bruker du eller har du brukt

#### noen av disse medisinene:

- |                        | JA                       | NEI                      | Alder |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Thyroxin ..... 48      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år    |
| Neo-Mercazole ..... 51 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år    |

### Er du operert i skjoldbruskkjertelen

- |                          |                          |    |
|--------------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | år |
|--------------------------|--------------------------|----|

### Har du fått radiojodbehandling .... 57

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år
--------------------------	--------------------------	----

## MUSKEL/SKJELETT-PLAGER

### 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? ..... 60

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis NEI, gå videre til neste side øverst.

Hvis JA, svar på følgende:

### Hvor har du hatt disse plagene?

- |                          | JA                       | NEI                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nakke ..... 61           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skuldre (aksler) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Albuer .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Håndledd, hender .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bryst/mage ..... 65      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Øvre del av ryggen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korsryggen .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hofter .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knær .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anklær, føtter ..... 70  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du har hatt plager i flere områder i minst 3 mnd. det siste året, setter du ring rundt det ja-krysset hvor plagene har vart lengst

### Hvor lenge har plagene vart sammenhengende?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst

- Hvis under 1 år, oppgi antall mnd. . 71 

Antall mnd.
-------------
- Hvis 1 år eller mer, oppgi antall år.. 73 

Antall år
-----------

### Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?

Gjelder også hjemmearbeidende. Bare ett kryss

- Nei/ubetydelig  I noen grad  I betydelig grad  Vet ikke

### Har du vært sykmeldt pga. disse plagene det siste året? ..... 76

JA	NEI	IKKE I ARBEID
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida? | | | |----|-----| | JA | NEI | |----|-----|

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har lege noen gang sagt at du har/har hatt noen av disse sykdommene:

	JA	NEI
Beinskjørhet (osteoporose) ..... 78		
Fibromyalgi (fibrositt/kronisk smertesyndrom)		
Leddgikt (reumatoid artritt) .....		
Slitasjegikt (artrose) .....		
Bechterews sykdom ..... 82		
Andre langvarige skjelett- eller muskelsykdommer		

Har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder siste gang
Lårhalsbrudd ..... 84			år
Brudd i håndledd/underarm ..... 87			år
Nakkesleng (whiplash) ..... 90			år
Skade som førte til sykehusinnleggelse			år

## ANDRE PLAGER

I hvilken grad har du hatt disse plagene i de siste 12 månedene?

	Ikke plaget	Litt plaget	Mye plaget
Kvalme ..... 96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystbrann/sure oppstøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaré .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertebank .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød ..... 101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANDRE SYKDOMMER

Har du eller har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder første gang
Epilepsi ..... 102			år
Psykiske plager hvor du har søkt hjelp			år
Kreftsykdom ..... 108			år
Annen langvarig sykdom ..... 111			

## DAGLIGE FUNKSJONER

Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? ... 112

Langvarig: minst ett år

Hvis JA:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelsehemmet ..... 113	<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. psykiske plager... 117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MENN fortsetter øverst neste spalte

## BESVARES BARE AV KVINNER

Hvor mange barn har du født? ..... 118

Sett 0 hvis du ikke har født barn

Antall barn
-------------

Hvis du har født barn, besvar:

Hvor gammel var du da du fødte ditt første barn? ..... 120

Alder
år

Hvor gammel var du da du fødte ditt siste barn? ..... 122

år
----

Besvares ikke hvis du har født bare ett barn

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon? ..... 124

Sett 0 hvis du ikke noen gang har hatt menstruasjon

år
----

Fortsett neste spalte øverst

## RØYKING

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? ..... 126

JA	NEI
----	-----

Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrøykere etter at du fylte 20 år? ..... 127

JA	NEI
----	-----

Hvor lenge er du vanligvis daglig til stede i røykfylt rom? ..... 128

Antall timer
--------------

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfylt rom

Røyker du selv?

Sigaretter daglig? ..... 130

Sigarer/sigarillos daglig? .....

Pipe daglig? ..... 132

Aldri røykt daglig ..... (Sett kryss)

JA	NEI

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? ..... 134

Antall år
-----------

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? ..... 136

Antall sigaretter
-------------------

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? ..... 140

Alder
år

Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? ..... 142

Antall år
-----------

## KAFFE/TE/ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig

Kokekaffe ..... 144

Annen kaffe ..... 146

Te ..... 148

Antall kopper

Alkohol:

Er du total avholdsmann/-kvinne? .... 150

JA	NEI
----	-----

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? ..... 151

Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd.

Antall ganger
---------------

Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker?

Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol 153

Øl	Vin	Brennevin
glass	glass	glass

## FYSISK AKTIVITET

I FRITIDA

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsveg regnes som fritid

Timer pr. uke

Lett aktivitet (ikke Ingen Under 1 1-2 3 og mer  
svett/andpusten) ..... 159

Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) .... 160

UNDER ARBEID

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid:

Hvorledes vil du beskrive arbeidet ditt?

Bare ett kryss

For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering) ..... 161  1

Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørb., lett industriarb., undervisning) .....  2

Arbeid hvor du går og løfter mye (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid) .....  3

Tungt kroppsarbeid (f.eks. skogsarbeid, tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)  4

Bla om!

## HVORLEDES FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig? ..... 162	<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"/>
<b>Har du følt deg:</b>				
Nervøs og urolig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst? ..... 165	<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? ..... 168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Her kommer noen flere spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uka**. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best

**Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før** 169  
 Avgjort like mye .....  1 Bare lite grann .....  3  
 Ikke fullt så mye .....  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje** 170  
 Ja, og noe svært ille ....  1 Litt, bekymrer meg lite .  3  
 Ja, ikke så veldig ille ...  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner** 171  
 Like mye nå som før ....  1 Avgjort ikke som før ....  3  
 Ikke like mye nå som før  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg har hodet fullt av bekymringer** 172  
 Veldig ofte .....  1 Av og til .....  3  
 Ganske ofte .....  2 En gang i blant .....  4

**Jeg er i godt humør** 173  
 Aldri .....  1 Ganske ofte .....  3  
 Noen ganger .....  2 For det meste .....  4

**Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet** 174  
 Ja, helt klart .....  1 Ikke så ofte .....  3  
 Vanligvis .....  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg føler meg som om alt går langsommere** 175  
 Nesten hele tiden .....  1 Fra tid til annen .....  3  
 Svært ofte .....  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen** 176  
 Ikke i det hele tatt .....  1 Ganske ofte .....  3  
 Fra tid til annen .....  2 Svært ofte .....  4

**Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut** 177  
 Ja, har sluttet å bry meg  1 Kan hende ikke nok ....  3  
 Ikke som jeg burde .....  2 Bryr meg som før .....  4

**Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv** 178  
 Uten tvil svært mye ....  1 Ikke så veldig mye .....  3  
 Ganske mye .....  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg ser med glede frem til hendelser og ting** 179  
 Like mye som før .....  1 Avgjort mindre enn før .  3  
 Heller mindre enn før ...  2 Nesten ikke i det hele tatt  4

**Jeg kan plutselig få en følelse av panikk** 180  
 Uten tvil svært ofte .....  1 Ikke så veldig ofte .....  3  
 Ganske ofte .....  2 Ikke i det hele tatt .....  4

**Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV** 181  
 Ofte .....  1 Ikke så ofte .....  3  
 Fra tid til annen .....  2 Svært sjelden .....  4

## UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole ..... 182  1
- Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole.....  2
- Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole .....  3
- Høgskole/universitet, mindre enn 4 år .....  4
- Høgskole/universitet, 4 år eller mer .....  5

## ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

Ett eller flere kryss

- Lønnet arbeid ..... 183
- Selvstendig næringsdrivende .....
- Heltids husarbeid .....
- Utdanning, militærtjeneste .....
- Arbeidsledig, permittert .....
- Pensjonist/trygdet ..... 188

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uka? ..... 189

Antall timer
--------------

JA	NEI
----	-----

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakt?

## ALT I ALT

Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?

Bare ett kryss

- Svært fornøyd ..... 192  1
- Meget fornøyd .....  2
- Ganske fornøyd .....  3
- Både/og .....  4
- Nokså misfornøyd .....  5
- Meget misfornøyd .....  6
- Svært misfornøyd .....  7

## DIN LEGE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere, hvilken allmennpraktiserende lege/kommunelege ønsker du skal foreta undersøkelsen?

Skriv navnet på legen her:

193

Ikke skriv her
----------------

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

Velkommen til undersøkelsen!

NORD-TRØNDELAG

