

Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper at du også vil fylle ut dette spørreskjemaet som går litt mer i dybden angående ulike sykdommer, plager, livssituasjon og aktiviteter. Du kan lese mer om HUNT4 i informasjonsbrosjyren du fikk i posten, eller på <http://hunt4.no>.

- VENNLIGST Fyll ut SKJEMAET
- LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN
- POST DET SNAREST MULIG
- PORTO ER BETALT

Vennlig hilsen
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
Telefon 74 07 51 80 / e-post hunt@medisin.ntnu.no

LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.
Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: Sett så kryss i rett felt.
- Hvis deltaker har hjelp til å fylle ut skjemaet, kan dere hoppe over spørsmål som oppleves for nærgående.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

VENNER OG FAMILIE

- 1 Har du noen som kan gi deg hjelp når du trenger det? Nei Ja
-

HVIS JA:

Hvem kan gi deg hjelp? (Flere kryss mulig)

Venner Familie Naboer

- 2 Har du noen som du kan snakke fortrolig med? Nei Ja
-

HVIS JA:

Hvem kan du snakke fortrolig med? (Flere kryss mulig)

Venner Familie Naboer

DITT NÆRMILJØ/NABOLAG

- 3 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

- 4 Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig





- 5 Folk trives godt her (Sett ett kryss)
- Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

KOSTHOLD

- 6 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene? (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/aldri	1-2 ganger per uke	3-6 ganger per uke	Hver dag
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl. 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7 Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser du vanligvis? (Sett ett kryss per linje)

Type brød/knekkebrød	0-1 per dag	2-3 per dag	4-5 per dag	6 eller flere per dag
Fint 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvgrovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HODEPINE

8 Har du vært plaget av hodepine det siste året? Nei Ja

HVIS JA:

Hva slags hodepine? (Sett ett kryss)

Migrene
 Annen hodepine

Omtrent antall dager per måned med hodepine?

Mindre enn 1 dag
 1-6 dager
 7-14 dager
 Mer enn 14 dager

Hvor sterk er hodepinen vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)
 Moderat (hemmer aktivitet)
 Sterk (forhindrer aktivitet)

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?

Mindre enn 4 timer
 4 timer-1 døgn
 1-3 døgn
 Mer enn 3 døgn

Er hodepinen vanligvis preget av eller ledsaget av:
 (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
Bankende/dunkende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydskyhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

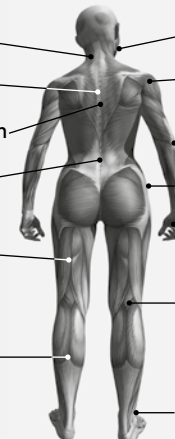
Før eller under hodepinen; kan du ha forbigående synsforstyrrelse?
 (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt) Nei Ja

MUSKLER OG LEDD

9 Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor har du hatt disse plagene?
 (Sett ett eller flere kryss)



<input type="checkbox"/> Nakke	<input type="checkbox"/> Kjeve
<input type="checkbox"/> Bryst	<input type="checkbox"/> Skuldre
<input type="checkbox"/> Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/> Albue
<input type="checkbox"/> Korsryggen	<input type="checkbox"/> Hofte
<input type="checkbox"/> Lår	<input type="checkbox"/> Håndledd/fingre
<input type="checkbox"/> Legg	<input type="checkbox"/> Knær
	<input type="checkbox"/> Ankler/føtter

Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Nei Ja

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?

I arbeid.....	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
I fritida	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

SVELG OG LUFTVEIER

10 Hoster du daglig i perioder av året? Nei Ja

HVIS JA:

Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?..... Nei Ja

Har du hatt hoste med oppspytt, sammenhengende i minst 3 måneder i hvert av de siste to åra? Nei Ja

11 Har du, eller har du hatt, høysnue/neseallergi? Nei Ja

HVIS JA:

Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Nei Ja

12 Har du hatt noen av følgende plager sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året?

	Nei	Ja
Nesetetthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sliming fra nesen eller bak i svelget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller trykk i ansiktet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redusert luktesans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Har du hatt bihulebetennelse de siste 12 måneder?

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

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du fått antibiotika for dette de siste 12 måneder? antall ganger

14 Har du fått fjernet halsmandlene? Nei Ja år gammel

UTMATTELSE/SLITENHET

15 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten? Nei Ja

HVIS JA:

Omtrent hvor lenge har du kjent deg utmattet/sliten?

Mindre enn 3 måneder	3-6 måneder	Mer enn 6 måneder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor mye av tiden kjenner du deg utmattet/sliten?

Mindre enn 25 % av tiden	25-50 % av tiden	50-75 % av tiden	Mer enn 75 % av tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUNNHULE

16 Plages du med munntørrhet? Nei Ja

17 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

Meget dårlig	Dårlig	God	Meget god
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Er du redd for å gå til tannlegen? Nei Ja

19 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

Svært mye	Mye	Lite	Svært lite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAGE OG TARM

20 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?

Nei, aldri	Ja, litt	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

	Nei	Ja
Er disse lokalisert øverst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer smertene eller ubehaget etter måltid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?

	Aldri	Litt	Mye
Kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsbrann/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"/>
Vekslende treg mage og diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåsthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Har du fått fjernet blindtarmen? Nei Ja år gammel

URINVEIER

23 Har du flere ganger det siste året fått påvist protein (eggehvite) i urinen? Nei Ja

HVIS JA: Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang?..... år gammel

24 Har du flere ganger det siste året fått påvist blod i urinen? Nei Ja

25 Har du noen gang hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr eller nyrebekkenbetennelse)?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor mange slike infeksjoner har du hatt siste 2 år? antall ganger

Har du hatt slik infeksjon siste 7 dager? Nei Ja

Har lege sagt at du har hatt nyresvikt (svakkede nyrer, dårlig nyrefunksjon)? Nei Ja

HVORDAN FØLER DU DEG?

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret; de spontane svarene er best.

26 Jeg føler meg nervøs og urolig

Nei..... En god del.....

Litt..... Svært mye.....

27 Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før

Avgjort like mye..... Bare lite grann.....

Ikke fullt så mye..... Ikke i det hele tatt.....

28 Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille..... Litt, bekymrer meg lite.....

Ja, ikke så veldig ille..... Ikke i det hele tatt.....

29 Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før..... Avgjort ikke som før.....

Ikke like mye nå som før..... Ikke i det hele tatt.....

30 Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte..... Av og til.....

Ganske ofte..... En gang i blant.....

31 Jeg er i godt humør

Aldri..... Ganske ofte.....

Noen ganger..... For det meste.....

32 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart..... Ikke så ofte.....

Vanligvis..... Ikke i det hele tatt.....

33 Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden..... Fra tid til annen.....

Svært ofte..... Ikke i det hele tatt.....

34 Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....

Fra tid til annen..... Svært ofte.....

35 Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg..... Kan hende ikke nok....

Ikke som jeg burde..... Bryr meg som før.....

36 Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye.... Ikke så veldig mye.....

Ganske mye..... Ikke i det hele tatt.....

37 Jeg ser med glede fram til hendelser og ting

Like mye som før..... Avgjort mindre enn før.....

Heller mindre enn før..... Nesten ikke i det hele tatt.....

38 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte..... Ikke så veldig ofte.....

Ganske ofte..... Ikke i det hele tatt.....

39 Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV

Ofte..... Ikke så ofte.....

Fra tid til annen..... Svært sjelden.....

The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale®) is reproduced by kind permission of GL Assessment Limited, London W4 4AJ. All rights reserved including translation.

MESTRING

Tenk på den siste måneden; kryss av i den boksen som best beskriver deg, din familie og forhold til venner:

40 Nye vennskap:

Knytter jeg lett Har jeg vansker med å knytte

41 Å komme i kontakt med nye folk:

Er vanskelig for meg Er jeg flink til

42 Når jeg er sammen med andre:

Sitter latteren min løst Sitter latteren langt inne

43 I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet:

Ganske forskjellig Lik

44 Familien min preges av:

Splittelser Godt samhold

45 I vanskelige perioder:

Beholder familien min et positivt syn Ser familien min mørkt på fremtiden

ALKOHOL

46 Driker du alkohol?

Nei Ja

HVIS JA:

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Nei Ja

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Nei Ja

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Nei Ja

Har det å ta en drink noen ganger vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker? Nei Ja

LIVSHENDELSER

47 Har du noen gang opplevd noe av dette?

(Flere kryss mulig)

Vært livstruende syk eller skadet Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Brudd i ditt parforhold Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Brå og uventet død hos noen som stod deg nær Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet) Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truert/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget) Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet på mobil eller internett Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet/trakassert på skole/ utdanningssted Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

KULTUR/FRIVILLIG ARBEID/LIVSSYN

48 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus, moske, synagoge e.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med:

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/samfunnsdebatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreningsvirksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 Tror du på et liv etter døden?

Ja, absolutt Ja, antagelig Nei, antagelig ikke Nei, absolutt ikke Vet ikke

51 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst

Aldri Sjelden Av og til Ofte

SEKSUALITET

Noen kan synes at spørsmålene om seksualitet er for nærgående. Hvis du synes det, kan du hoppe over disse spørsmålene og fortsette med spørsmål om Urinlekkasjer.

Tenk på de siste 4 ukene:

52 I hvilken grad har du vært interessert i sex?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....

53 I hvilken grad har du vært seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....

54 Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

55 Har du hatt tørr skjede under samleie?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

56 Har du hatt smerter under samleie?

- Ikke i det hele tatt.....
- Litt.....
- En del.....
- Svært mye.....
- Ikke aktuelt.....

57 Hvilken seksuell legning har du?

- Heterofil.....
- Lesbisk.....
- Bifil.....
- Annet.....

URINLEKKASJE

58 Har du ufrivillig urinlekkasje?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang per måned.....
- En eller flere ganger per måned.....
- En eller flere ganger per uke.....
- Hver dag og/eller natt.....

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper.....
- Små skvetter.....
- Større mengder.....

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter, tunge løft?

Nei Ja

Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatings-trang?

Nei Ja

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem.....
- En liten plage.....
- En del plaget.....
- Mye plaget.....
- Svært stort problem.....

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje?..... år gammel

59 Har du søkt lege for urinlekkasje?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvilken behandling har du fått? (Flere kryss mulig)

- Ingen.....
- Bekkenbunnstrening.....
- Medisiner.....
- Operasjon.....

OVERGANGSALDER

60 Er du, eller har du vært i overgangsalderen?

Nei Ja

61 Har du, eller hadde du, hetetokter i forbindelse med overgangsalder? Nei Ja

HVIS JA:

Oppsøkte du lege i forbindelse med hetetoktene? Nei Ja

Har du fortsatt hetetokter?

62 Har du brukt tabletter eller plaster som inneholder østrogen mot plager i overgangsalderen?

Aldri Ja, før Ja, nå

HVIS JA NOEN GANG:

Hvor gammel var du da du begynte? år gammel

Hvor gammel er/var du siste gang du brukte dette? år gammel

63 Bruker du nå krem eller stikkpiller med østrogen i skjeden? Nei Ja

AVFØRING

64 Har du hatt ukontrollert lekkasje av luft fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/sjelden Ja, hver uke Ja, hver dag

65 Har du hatt lekkasje av avføring fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/sjelden Ja, hver uke Ja, hver dag

HVIS JA:

Har plagene med lekkasje fra endetarmen innvirkning på ditt hverdagsliv? Aldri/sjelden Ja, hver uke Ja, hver dag

66 Har du evne til å holde igjen avføring og utsette toalettbesøk i 15 minutter etter første følelse av trang? Nei Ja

SMERTER I BEINA

67 Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? Nei Ja

68 Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor gjør det mest vondt? (Sett ett kryss)

Fot
 Legg
 Lår
 Hofte

Forsvinner smertene når du står stille en stund? Nei Ja

69 Har du smerter i beina når du er i ro? Nei Ja

HVIS JA:

Er smertene verst når du ligger i senga? Nei Ja

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, for eksempel om beinet henger utfor sengekanten?

Har du hatt smertene i beina sammenhengende i mer enn 14 dager?

HUKOMMELSE

70 Har du problemer med hukommelsen? Nei Ja, litt Ja, store

71 Har hukommelsen endret seg siden du var yngre? Nei Ja, litt Ja, mye

72 Har du problemer med å: (Sett ett kryss per linje) Aldri Av og til Ofte

Huske hendelser som skjedde for få minutter siden

Huske navn på andre mennesker

Huske datoer

Huske å gjøre det du har planlagt

Huske hendelser som skjedde for noen dager siden

Huske hendelser som skjedde for år siden

Holde tråden i samtaler

SVIMMELHET

73 Plages du med svimmelhet? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor ofte plages du med svimmelhet? Månedlig Ukentlig Daglig

Hvordan vil du beskrive svimmelheten? (Sett ett kryss)

Som om rommet snurrer rundt

Som å være på en båt

Som å skulle besvime

Dårlig balanse/falltendens

Annet

I hvilke situasjoner merker du svimmelhet?
(Flere kryss mulig)

- Når jeg snur på hodet.....
- Når jeg reiser meg
- Når jeg anstrenger meg
- Så å si konstant tilstede
- Annet.....

74 Har du problemer med balansen? Nei Ja

FALL

75 Har du falt det siste året? Nei Ja

HVIS JA:

	1 gang	2 ganger	3 ganger	Flere ganger
Hvor mange ganger har du falt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja
Har du falt utendørs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja
Har du vært til lege for fallskade <u>det siste året</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76 Er du bekymret for å falle?

	Nei, ikke bekymret i det hele tatt	Litt bekymret	Nokså bekymret	Svært bekymret
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BOFORHOLD

77 Hvordan bor du?

- I egen leilighet/bolig
- I eldrecenter/bo-og servicesenter
- I sykeheim.....

FUNKSJONER

78 Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:
(Sett ett kryss per linje)

- | | Nei | Ja |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gå innendørs i samme etasje..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå på toalettet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske deg på kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bade eller dusje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kle på og av deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legge deg og stå opp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spise selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

79 Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går (rullator, krykker, stokk eller annet)?

- Nei.....
- Ja, bruker ganghjelpemiddel utendørs.....
- Ja, bruker ganghjelpemiddel både innen- og utendørs.....
- Nei, jeg kan ikke gå

DAGLIGE OPPGAVER

80 Har du førerkort? Nei Ja

HVIS JA:
Kjører du fortsatt bil?..... Nei Ja

81 Klarer du selv, uten hjelp av andre, disse gjøremålene i det daglige:
(Sett ett kryss per linje)

- | | Nei | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Lage varm mat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvask) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske klær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre innkjøp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betale regninger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta medisiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Komme deg ut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta bussen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BRUK AV HELSETJENESTER

82 Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder? Nei Ja

83 Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder? Nei Ja

84 Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder? Nei Ja

85 Hvor mange av dine egne tenner har du igjen? antall tenner

86 Har du gebiss? Nei Ja