

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.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- 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"/>

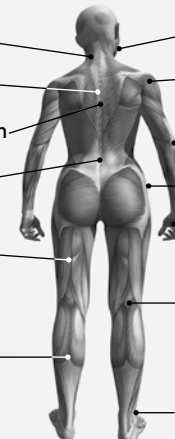
Før eller under hodepinen; kan du ha forbigående synsforstyrrelse?
(takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt) Nei Ja

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? Nei Ja

I arbeid
I fritida

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	Hvor gammel var du?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

UTMATTELSE/SLITENHET

15 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?

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

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

17 Hvordan vurderer du tannhelsa 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
Bli 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	Hvor gammel var du?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

URINVEIER

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

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

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

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

Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger

Blitt mobbet på mobil eller internett

Blitt mobbet/trakassert på skole/ utdanningssted

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:

(Sett ett kryss per linje)

	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

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 problem med reisning/ereksjon?

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

56 Hvilken seksuell legning har du?

- Heterofil.....
- Homofil.....
- Bifil.....
- Annet.....

URINLEKKASJE

57 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.....

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

58 Har du søkt lege for urinlekkasje? Nei Ja

ARBEIDET DITT

Svar hvis du er, eller har vært, i arbeid. Ta stilling til disse spørsmålene om arbeidet ditt:

59 Krever arbeidet ditt at du må arbeide veldig hurtig?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

60 Krever arbeidet ditt at du må arbeide svært hardt?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

61 Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

62 Krever arbeidet ditt oppfinnsomhet?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

63 Har du mulighet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

64 Har du mulighet til selv å bestemme hva som skal gjøres i arbeidet ditt?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

65 Er arbeidet ditt så fysisk anstrengende at du ofte er sliten i kroppen etter en arbeidsdag?

Ja, nesten alltid Ganske sjelden
Ja, ganske ofte Aldri eller nesten aldri

ARBEIDSPLASSEN DIN

Hvis du jobber eller har jobbet sammen med andre, ta stilling til påstandene under:

66 Det er et godt samhold på arbeidsplassen

Stemmer helt Stemmer ikke særlig
Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke

67 Mine kolleger stiller opp for meg (gir meg støtte)

Stemmer helt Stemmer ikke særlig
Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke

68 Jeg trives godt med mine arbeidskamerater

Stemmer helt Stemmer ikke særlig
Stemmer ganske bra Stemmer slett ikke

69 Er du blitt mobbet/trakassert på din arbeidsplass?

Ja, ofte Nei, sjelden
Ja, iblant Nei, så godt som aldri

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske navn på andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske datoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske å gjøre det du har planlagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hendelser som skjedde for noen dager siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hendelser som skjedde for år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holde tråden i samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

