



Takk for at du møtte til HUNT4. Du har fått dette skjemaet fordi du har svart ja på ett eller flere spørsmål om alternativ behandling.

- **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:

1 Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du vært hos alternativ behandler?

Ingen 1-3 ganger 4 eller flere ganger

2 Hvilken type alternativ behandling fikk du, og hvem fikk du det av?
(Sett ett kryss på hver linje)

	Alternativ behandler	Lege	Fysioterapeut/sykepleier	Annet helsepersonell
Homøopati.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soneterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healing/håndspålegging/lesing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bønn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urter/naturmedisin/høydose kosttilskudd...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnetterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Har du mottatt alternativ behandling på SYKEHUS de siste 12 måneder?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvem fikk du den alternative behandlingen av?

- Ansatt(e) på sykehuset.....
- Alternativ behandler som kom til sykehuset.....
- Andre.....

4 Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du vært hos en som utøver:

(Sett ett kryss på hver linje)

	Ingen	1 gang	2-3 ganger	4-5 ganger	6-10 ganger	Over 10 ganger
Homøopati.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soneterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Hvilken effekt har du hatt av de ulike typene for alternativ behandling?

(Sett ett kryss på hver linje for de typer du har fått)

	Mye bedre	Litt bedre	Uendret	Litt verre	Mye verre
Homøopati.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soneterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healing/håndspålegging/lesing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bønn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urter/naturmedisin/høydose kosttilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnetterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6 Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene behandlet deg selv med noen av følgende behandlinger, uten at disse har blitt anbefalt av behandler (lege eller alternativ behandler)?

(Sett ett kryss på hver linje)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Homøopatisk medisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvhealing/hands-pålegging/lesing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen bønn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnetterapi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urter/naturmedisin/høydose kosttilskudd....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Bruker du nå, eller har du tidligere brukt, alternativ behandling for følgende plager eller sykdommer?

(Sett ett kryss på hver linje)

	Bruker nå	Brukt tidligere	Ikke brukt
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre luftveisplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerte/kar-sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-skjelettplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre smerter enn muskel/skjelett eller hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøyelsesplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveisplager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre plager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forebyggende/styrkende behandling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Hvorfor har du brukt, eller hvorfor bruker du alternativ behandling?

(Sett ett eller flere kryss)

Manglende effekt av behandling i det vanlige helsevesenet.....	<input type="checkbox"/>
For å unngå bivirkninger av medisinsk behandling.....	<input type="checkbox"/>
For å supplere/støtte medisinsk behandling.....	<input type="checkbox"/>
For at alle muligheter skal være prøvd.....	<input type="checkbox"/>
Fikk ikke medisinsk behandling.....	<input type="checkbox"/>
For å forebygge sykdom.....	<input type="checkbox"/>
Har tro på alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>
Tidligere erfaring med alternativ behandling.....	<input type="checkbox"/>
Etter anbefaling fra helsepersonell.....	<input type="checkbox"/>
Etter anbefaling fra andre (familie, venner, etc).....	<input type="checkbox"/>
Annen grunn.....	<input type="checkbox"/>