

8. RØYKING OG BRUK AV SNUS

Hvor lenge er du vanligvis daglig i et røykfyllt rom? Antall hele timer

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? ☐ JA ☐ NEI

Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrøykere etter at du fylte 20 år? ☐ JA ☐ NEI

Har du røykt/røyker du daglig? ☐ Ja, nå ☐ Ja, før ☐ Aldri

Hvis du røyker daglig nå, røyker du: ☐ JA ☐ NEI
Sigaretter? ☐ ☐
Sigarer/sigarillos/pipe? ☐ ☐
Rulletobakk/rullings? ☐ ☐

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? Antall år

Hvis du røyker daglig nå, eller har røykt tidligere: Hvor mange sigaretter røyker/røykte du vanligvis daglig? Antall sigaretter

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

Hvor mange år til sammen har du røykt daglig? Antall år

Har du brukt/bruker du snus daglig? ☐ Ja, nå ☐ Ja, før ☐ Aldri

Hvis du bruker/har brukt snus, hvor mange år til sammen har du brukt snus? Antall år

9. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsveiregnes som fritid. Besvar begge spørsmålene)

Timer pr. uke:

	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (Ikke svett/andpusten)	☐	☐	☐	☐
Hard fysisk aktivitet (Svett/andpusten)	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4

Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f. eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. (Sett kryss i den ruta som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse? ☐ 1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka? ☐ 2
(Regn også med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? ☐ 3
(Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka? ☐ 4

10. UTDANNING OG ARBEID

Hvor mange års skolegang har du gjennomført? (Ta med alle år du har gått på skole eller studert) Antall år

Hvordan trives du i din jobb? ☐ 1 Svært godt ☐ 2 Godt ☐ 3 Dårlig ☐ 4 Veldig dårlig

Mener du at du står i fare for å miste ditt nåværende arbeid eller inntekt de nærmeste 2 årene? ☐ JA ☐ NEI

Mottar du noen av følgende ytelser? ☐ JA ☐ NEI
Sykepenger ☐ ☐
Attføring ☐ ☐
Sosialhjelp/-stønad ☐ ☐
Overgangsstønad for enslige forsørgere ☐ ☐

11. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

Er du gravid nå? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Usikker ☐ Over fruktbar alder
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Hvor mange barn har du født? Antall barn

Hvis du har født barn, fyll ut hvert barns fødselsår, og hvor mange måneder du ammet etter fødselen.

(Hvis du ikke ammet, skriv 0)

Barn:	Fødselsår:	Ammet antall mnd.:
1. barn		
2. barn		
3. barn		
4. barn		
5. barn		

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

Bruker du, eller har du brukt? (Sett ett kryss for hver linje)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri
P-pille/minipille/p-sprøyte	☐	☐	☐
Hormonspiral (ikke vanlig spiral)	☐	☐	☐
Østrogen (tabletter eller plaster)	☐	☐	☐
Østrogen (krem eller stikkpiller)	☐	☐	☐

Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? Antall år

Hvis du bruker p-pille, minipille, p-sprøyte, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du?

Spesifiser:

Ikke skriv her

Helse- og levekårs- undersøkelsen

Personlig innbydelse

1. EGEN HELSE

Hvordan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

☐ Dårlig ☐ Ikke helt god ☐ God ☐ Svært god
1 2 3 4

Har du, eller har du hatt?

	JA	NEI	Alder første gang
Astma	☐	☐	
Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS	☐	☐	
Diabetes (sukkersyke)	☐	☐	
Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom	☐	☐	
Psykiske plager som du har søkt hjelp for	☐	☐	
Hjerteinfarkt (sår på hjertet)	☐	☐	
Angina pectoris (hjertekrampe)	☐	☐	
Hjerneslag/hjerneblødning	☐	☐	
Multipel sklerose (MS)	☐	☐	
Ulcerøs kolitt	☐	☐	

Får du smerter eller ubehag i brystet når du:
Går i bakker, trapper eller fort på flatmark?

JA NEI
☐ ☐

Kan slike smerter opptre selv om du er i ro?

☐ ☐

2. MUSKEL OG SKJELETTPLAGER

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?

JA NEI
☐ ☐

Har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder siste gang
Brudd i håndledd/underarm?	☐	☐	
Lårhalsbrudd?	☐	☐	

3. MAGE OG TARM SYMPTOMER

Har du hatt sure oppstøt, halsbrann eller brystbrann nesten daglig i minst en uke?

JA NEI
☐ ☐

Har du noen gang hatt smerter eller verk i magen som har vart i minst 2 uker?

☐ ☐

Hvis JA, hvor i magen sitter smertene? (Sett ett kryss)

☐ Øvre del ☐ Nedre del ☐ Hele magen

Er smertene eller «verken» jevnt over tilstede? (Sett ett kryss)

I perioder av ukers varighet ☐
I perioder av måneders varighet ☐
Bestendig ☐

Er du ofte plaget av oppblåsthet, rumling i magen eller rikelig luftavgang?

JA NEI
☐ ☐

3. MAGE OG TARM SYMPTOMER (fortsettelse)

Er avføringen din vanligvis: (Sett ett eller flere kryss)

☐ Normal ☐ Løs ☐ Hard og perlete
☐ Vekslede hard og løs ☐ Illeluktende

Har du i perioder tre eller flere avføringer daglig? ☐ JA ☐ NEI

Har du hatt plager i mage/tarm etter inntak av melk? ☐ ☐

Er det andre i familien som har de samme magesymptomene?

☐ Mor ☐ Far ☐ Søsken ☐ Barn ☐ Ingen

4. ANDRE PLAGER

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

(Sett ett kryss for hver plage)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
Plutselig frykt uten grunn	☐	☐	☐	☐
Føler deg redd eller engstelig	☐	☐	☐	☐
Matthet eller svimmelhet	☐	☐	☐	☐
Føler deg anspent eller oppjaget	☐	☐	☐	☐
Lett for å klandre deg selv	☐	☐	☐	☐
Søvnproblemer	☐	☐	☐	☐
Nedtrykt, tungsindig	☐	☐	☐	☐
Følelse av å være unyttig, lite verd	☐	☐	☐	☐
Følelse av at alt er et slit	☐	☐	☐	☐
Følelse av håpløshet mht. framtida	☐	☐	☐	☐
Tenkt på å gjøre slutt på livet ditt	☐	☐	☐	☐

5. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt eller angina pectoris? ☐ JA ☐ NEI ☐ IKKE

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene og angi deres alder for når de fikk sykdommene. (Hvis flere søsken, før opp den som fikk det tidligst i livet)

	Mor	Far	Søster	Bror	Barn	Ingen	Alder første gang
Hjerteinfarkt før 60-års alder	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Hjerteinfarkt etter 60 års-alder	☐	☐	☐	☐	☒	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Hjerneslag	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Astma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tyktarmskreft	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Brystkreft	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Eggstokkreft	☐	☒	☐	☒	☐	☐	

Hvor mange søsken har du? Brødre Søstre

6. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her medisiner kjøpt på apotek. Kosttilskudd og vitaminer regnes ikke med her.

Bruker du?

Nå

Før, men ikke nå

Aldri brukt

Medisin mot høyt blodtrykk ...

☐

☐

☐

Kolesterolsenkende medisin ...

☐

☐

☐

Insulin

☐

☐

☐

Tabletter mot sukkersyke

☐

☐

☐

Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? (Sett ett kryss pr. linje)

T

Ikke brukt siste 4 uker

Sjeldnere enn hver uke

Hver uke, men ikke daglig

Daglig

Smertestillende uten resept

☐

☐

☐

☐

Smertestillende på resept

☐

☐

☐

☐

Sovemedisin

☐

☐

☐

☐

Beroligende medikamenter

☐

☐

☐

☐

Medisiner mot depresjon

☐

☐

☐

☐

Annen medisin på resept

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

For de medisinene du har krysset av for i de to punktene ovenfor og som du har brukt i løpet av de siste 4 ukene:

Angi navnet og hvilken grunn det er til at du tar/har tatt disse (sykdom eller symptom):(Kryss av for hvor lenge du har brukt medisinen)

		Hvor lenge?	
Navn på medisinen: (sett ett navn pr. linje)	Grunn til bruk av medisinen:	Inntil 1 år	1 år eller mer
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Dersom det ikke er nok plass her, kan du fortsette på eget ark som du legger ved.

7. MAT OG DRIKKE

Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. linje)

Sjelden/aldri

1-3 g. pr.mnd

1-3 g. pr. uke

4-6 g. pr. uke

1-2 g. pr. dag

3 g. el. mer pr. dag

Frukt

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Bær

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Ost (alle typer)

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Poteter

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Kokte grønnsaker

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Rå grønnsaker/salat

☐

☐

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

5

6

7. MAT OG DRIKKE (fortsettelse)

Hva slags fett bruker du oftest? (Sett ett kryss pr. linje)

Bruker ikke

Meieri-smør

Hard margarin

Myk/lett margarin

Oljer

Annet

På brødet

☐

☐

☐

☐

☐

☐

I matlagingen

☐

☐

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

5

6

Bruker du følgende kosttilskudd:

Ja, daglig

Iblant

Nei

Tran, trankapsler?

☐

☐

☐

Fiskeoljekapsler (omega 3)?

☐

☐

☐

Vitamin- og/eller mineraltilskudd?

☐

☐

☐

Hvor mye drikker du vanligvis av følgende? (Sett ett kryss pr. linje)

T

Sjelden/aldri

1-6 glass pr. uke

1 glass pr. dag

2-3 glass pr. dag

4 glass el. mer pr. dag

Helmelk, kefir, yoghurt ..

☐

☐

☐

☐

☐

Lettmelk, cultura, lett yoghurt

☐

☐

☐

☐

☐

Skummet melk (sur, søt)

☐

☐

☐

☐

☐

Ekstra lettmelk

☐

☐

☐

☐

☐

Fruktjuice

☐

☐

☐

☐

☐

Vann

☐

☐

☐

☐

☐

Brus/Cola med sukker ...

☐

☐

☐

☐

☐

Brus/Cola uten sukker ...

☐

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

5

Hvor mange kopper kaffe og te drikker du daglig?

(Sett 0 for de typene du ikke drikker daglig)

Antall kopper

Filterkaffe

Kokekaffe/trykkanne

Annen kaffe

Te

Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol? (Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med)

Har aldri drukket alkohol

Har ikke drukket siste år

Noen få ganger siste år

Omtrent 1 gang i måneden

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

2-3 ganger pr. måned

Ca. 1 gang i uka

2-3 ganger i uka

4-7 ganger i uka

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

Til dem som har drukket siste år:

Når du har drukket, hvor mange glass eller drinker har du vanligvis drukket?

Antall

Omtrent hvor mange ganger det siste året har du drukket så mye som minst 5 glass eller drinker i løpet av ett døgn?

Antall ganger

Når du drikker, drikker du da vanligvis: (Sett ett eller flere kryss)

☐ Øl

☐ Vin

☐ Brennevin