

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du hatt mye overskudd? Sett bare ett kryss. JA

Hele tiden 1

Nesten hele tiden 2

Mye av tiden 3

En del av tiden 4

Litt av tiden 5

Ikke i det hele tatt 6

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg nedfor og trist? Sett bare ett kryss. JA

Hele tiden 1

Nesten hele tiden 2

Mye av tiden 3

En del av tiden 4

Litt av tiden 5

Ikke i det hele tatt 6

I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slekt)? Sett bare ett kryss. JA

Hele tiden 1

Nesten hele tiden 2

Mye av tiden 3

En del av tiden 4

Litt av tiden 5

Ikke i det hele tatt 6

Stort sett, vil du si at din helse er:

Utmerket 1 Meget god 2 God 3 Nokså god 4 Dårlig 5

11. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her alle slags medisiner, både:

- med og uten resept, naturmedisin, vitaminer og mineraler
- medisin som svelges, inhaleres eller injiseres, stikkpiller, salver, kremer eller dråper.

Tok du noen slags medisiner I GÅR? JA NEI

Hvis NEI, kan du gå til avsnitt 12.

Hvis JA, besvar følgende:

Hvilke medisiner tok du I GÅR, og hva var grunnen til at du tok medisinen (diagnose, sykdom, symptom, helseeffekt)?

Sett svarene inn i skjemaet nedenfor, en linje for hver medisin. Kryss av for ja om du bruker medisinen daglig eller nesten daglig.

Navn på medisinen (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen I GÅR var:	Daglig	
		JA	NEI

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

12. ARBEID

Besvares av dem som har hatt inntektsgivende arbeid i minst 100 timer det siste året:
Beskriv virksomheten på det arbeidsstedet der du utførte inntektsgivende arbeid i lengst tid de siste 12 mnd. (Skriv f.eks. jordbruk, barneavd. på sykehus, snekkeravd. på skipsverft e.l.).

Virksomhet:

Hvilket yrke/tittel har eller hadde du på dette arbeidsstedet?
 (Skriv f.eks. kornbonde, anestesisykepleier, snekker e.l.)

Yrke:

Hvor lenge har du praktisert i dette yrket i ditt liv? Antall år i yrket

Har du noen av de følgende yrker (heltid eller deltid)? Sett kryss for hvert spørsmål. JA NEI

Sjåfør JA NEI

Bonde/gårdbruker

Fisker

Har du tidligere i ditt liv (ikke i dag) hatt inntektsgivende arbeid som: JA NEI

Bilmekaniker/biloppretter

Frisør

13. SAMLIV

Oppgi antall egne barn (eventuelt 0) av hvert kjønn:

Antall gutter Antall jenter

Har du noen gang hatt regelmessig samliv uten prevensjon i ett år eller mer uten at det har ført til graviditet?... JA NEI

Med prevensjon menes også mer usikre metoder som avbrutt samleie, «sikre perioder» etc.

De følgende spørsmål besvares bare av kvinner

Har du noen gang spontanabortert (ufrivillig mistet fosteret) etter at graviditet var sikkert påvist?

NEI USIKKER JA Hvis JA: Antall ganger

Følgende spørsmål besvares bare hvis du har vært gravid:
Oppgi antall måneder det tok med regelmessig samliv uten prevensjon (eller evt. amming), til du ble gravid:

Siste svangerskap mnd. uten prevensjon

Nest siste svangerskap mnd. uten prevensjon

Tredje siste svangerskap mnd. uten prevensjon

14. ETTERUNDERSØKELSE

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

Ikke skriv i disse rutene

Takk for utfyllingen!
 Nok en gang: *Velkommen til undersøkelsen*

IE 3215601 (ID.NR. 1.97)-30.000-Beyer-Hecox 9/97

HELSEUNDERSØKELSEN I HORDALAND 1997-99

Adresse endring



Personlig innbydelse

SP02B

Sørreskjemaet er en viktig del av helseundersøkelsen. Vennligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem stå ubesvart til du møter fram, og drøfter dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.

Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin. Bruk blå eller sort farge ved utfylling. Det er viktig at du går fram slik:

- i de små boksene setter du kryss for det svaret som passer best for deg
- i de store boksene skriver du tall eller blokkbokstaver – NB! innenfor rammen for boksen.

Eksempler:

Avkryssing:

Tall: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Bokstaver: A B C

Med vennlig hilsen

Statens helseundersøkelser ♥ Kommunehelsetjenesten ♥ Helseundersøkelsen i Hordaland

1. EGEN HELSE

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

Dårlig 1 Ikke helt god 2 God 3 Svært god 4

Har du, eller har du hatt:

Hjerteinfarkt..... JA NEI Alder første gang år

Angina pectoris (hjertekrampe)..... JA NEI år

Hjerneslag/hjerneblødning..... JA NEI år

Astma..... JA NEI år

Diabetes (sukkersyke)..... JA NEI år

Multipel sklerose..... JA NEI år

Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

Nå 1 Før, men ikke nå 2 Aldri brukt 3

Har du noen gang det siste året hatt eksem (rød, kløende, sår og sprukken hud):

På hendene?..... JA NEI

I ansiktet?..... JA NEI

Andre steder på kroppen?..... JA NEI

Med «hvite fingre» mener vi plager i form av at en eller flere fingre blir hvite og at man samtidig mister følelsen i dem når det er kaldt. Har du slike plager?..... JA NEI

2. HVORDAN FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Nervøs og urolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygg og rolig?.....	<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"/>
Glad og optimistisk?.....	<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?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

3. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)?..... JA NEI VET IKKE

Har en eller flere foreldre/søsken hatt:

Hjerteinfarkt før de fylte 60 år?..... JA NEI VET IKKE

Hjerneslag/hjerneblødning før de fylte 70 år?..... JA NEI VET IKKE

4. 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

Hvis NEI, gå til avsnitt 5.
Hvis JA, svar på følgende:

Hvor har du hatt disse plagene?..... JA NEI

Nakke..... JA NEI

Skuldre (aksler)..... JA NEI

Albuer..... JA NEI

Håndledd/hender..... JA NEI

Bryst, mage..... JA NEI

Øvre del av ryggen..... JA NEI

Korsryggen..... JA NEI

Hofter..... JA NEI

Knær..... JA NEI

Ankler, føtter..... JA NEI

Hvor lenge har plagene vart sammenhengende?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst.

Hvis under 1 år, oppgi antall måneder.....Antall mnd.

Hvis 1 år eller mer, oppgi antall år.....Antall år

Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?

Gjelder også hjemmearbeidende. Sett bare ett kryss.

Nei/ubetydelig 1 I noen grad 2 I betydelig grad 3 Vet ikke 4

Har du vært sykmeldt p.g.a. disse plagene det siste året?..... JA NEI Ikke i arbeid

Har plagene ført til redusert aktivitet i fritiden?..... JA NEI

5. MOSJON

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.
Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (ikke svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

6. KAFFE / TE / ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

Antall kopper daglig

Kokekaffe	Annen kaffe	Te	T
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er du total avholdsmann/-kvinne?..... JA NEI

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? 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.

Glass øl	Glass vin	Glass brennevin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. RØYKING

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

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom.

Røyker du selv?..... JA NEI

Sigaretter daglig?..... JA NEI

Sigarer/sigarillos daglig?..... JA NEI

Pipe daglig?..... JA NEI

Aldri røykt daglig..... (Sett kryss)

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 eller 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

8. ENDRING AV HELSEVANER

Dette gjelder din interesse for å endre helsevaner. Røykespørsmålet besvares bare av dem som røyker.

Spise sunnere	Trimme mer	Slutte å røyke
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å: JA NEI JA NEI JA NEI

Om 5 år, tror du at du har endret vaner på noen av disse områdene?..... JA NEI JA NEI JA NEI

Anså din høyeste og laveste vekt i løpet av de siste 5 år. (Hele kg) (Se bort fra vekt under svangerskap)

Høyeste vekt	Laveste vekt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Sett bare ett kryss.

Mindre enn 7 år grunnskole.....

Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole..... 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

10. HELSE OG TRIVSEL

De neste spørsmålene handler om hvordan du ser på din egen helse. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene NÅ?

Moderate aktiviteter som å flytte bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid:

Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gå opp trappen flere etasjer:

Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?..... JA NEI

Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket..... JA NEI

Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål..... JA NEI

I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål p.g.a. følelsesmessige problemer? (Som f.eks. å være deprimert eller engstelig)..... JA NEI

Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket..... JA NEI

Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig..... JA NEI

I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid? (Gjelder både i og utenfor hjemmet) Sett bare ett kryss. JA

Ikke i det hele tatt..... 1

Litt..... 2

En del..... 3

Mye..... 4

Svært mye..... 5

Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du følt deg rolig og harmonisk? Sett bare ett kryss. JA

Hele tiden..... 1

Nesten hele tiden..... 2

Mye av tiden..... 3

En del av tiden..... 4

Litt av tiden..... 5

Ikke i det hele tatt..... 6