



**S**pørreskjemaet 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

T

Statens helseundersøkelse • Kommunehelsestjenesten

## 1. EGEN HELSE

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

Dårlig	Ikke helt god	God	Svært god
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Alder første gang

Har du, eller har du hatt:

Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> år		
Angina pectoris (hjertekrampe).....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> år		
«Hjerneslag/hjerneblødning («drypp»).....»	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> år		
Astma.....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> år		
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> år		

Får du smærter eller ubehag i brystet når du:

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?.....  JA  NEI

Hvis du får slike smærter, pleier du da å:

Stoppe?	Saktne farten?	Fortsette i samme takt?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Dersom du stopper, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter?.....  JA  NEI

Kan slike smærter like gjerne opptre mens du er i ro?.....  JA  NEI

## 2. HVORLEDES 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## 3. SYKDOM I FAMILIEN

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

Har en eller flere foreldre/søsknen hatt:

Hjerteinfarkt før de fylte 60 år?.....

Hjerneslag/hjerneblødning før de fylte 70 år?.....

## 4. MUSKEL/SKJELETT-PLAGER

Har du i løpet av det siste året vært plaget med smærter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?.....  JA  NEI

Hvis NEI, gå til avsnitt 5, SOSIALE FORHOLD.

Hvis JA, svar på følgende:

Hvor har du hatt disse plagene?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI
Nakke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuldre (aksler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albuer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd/hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bryst, mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankler, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge har plagene vart sammenhengende?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst.

Hvis under 1 år, oppgi antall mnd.....  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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
----------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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

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

## 5. SOSIALE FORHOLD

Mottar du nå noen av følgende ytelsjer?

Syketrygd (sykmeldt).....  JA  NEI

Attføringspenger.....  JA  NEI

Uførepensjon (hel eller delvis).....  JA  NEI

Arbeidsledighetstrygd.....  JA  NEI

Er husarbeid i hjemmet hovedyrket ditt?

(Svar NEI hvis lønnet arbeid utenom husarbeid er 18 timer eller mer pr. uke).....  JA  NEI

## 6. UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Sett bare ett kryss.

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| Mindre enn 7 år grunnskole.....                                       | <input type="checkbox"/>   |
| Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole.....                | <input type="checkbox"/> 1 |
| Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole .....   | <input type="checkbox"/> 3 |
| Høgskole/universitet, mindre enn 4 år .....                           | <input type="checkbox"/> 4 |
| Høgskole/universitet, 4 år eller mer.....                             | <input type="checkbox"/> 5 |

## 7. KOST

Hvor ofte bruker du disse matvarene?

Sett kryss i de rutene som beskriver ditt forbruk best.

	Fleire g. daglig	Daglig	1-5 g. uke	1-3 g. primd	Sjeldn eller aldri
Fisk (middag, pålegg) .....	<input type="checkbox"/>				
Frukt/grønt.....	<input type="checkbox"/>				
Heimmelk, kefir, yoghurt .....	<input type="checkbox"/>				
Lettmelk, lettyoghurt .....	<input type="checkbox"/>				
Skummet melk (sur/söt) .....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Hva slags smør eller margarin bruker du vanligvis PÅ BRØDET?

Sett kryss i den ruta som passer best.

- |                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Bruk ikke smør/margarin .....        | <input type="checkbox"/> 1 |
| Meierismør.....                      | <input type="checkbox"/> 2 |
| Hard margarin .....                  | <input type="checkbox"/> 3 |
| Bløt (soft) margarin.....            | <input type="checkbox"/> 4 |
| Smør/margarin blanding .....         | <input type="checkbox"/> 5 |
| Lettmargarin/lettsmør (Brelett)..... | <input type="checkbox"/> 6 |

Hva slags fett bruker du/dere vanligvis TIL MATLAGING?

Sett kryss i den ruta som passer best.

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| Smør/margarin.....            | <input type="checkbox"/> 1 |
| Myk (soft) margarin/olje..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Bare olje .....               | <input type="checkbox"/> 3 |
| Vet ikke .....                | <input type="checkbox"/> 4 |

## 8. KAFFE / TE / ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

Antall kopper daglig			T
Kokekaffe	Annen kaffe	Te	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>

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

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

## 9. RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfylt rom?.....

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfylt rom.

Antall hele timer

T

Røyker du selv:

JA  NEI

Sigaretter daglig? .....

Sigarer/sigarillos daglig? .....

Pipe daglig? .....

Aldri røykt daglig .....

(Sett kryss)

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor

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

## 10. 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.

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

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 beskjæftigelse? .....

1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka? .....

2

(Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? .....

3

(Merk at aktiviteten skal være minst 4 timer i uka)

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

4

## 11. ENDRING AV HELSEVANER

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

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

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å:

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

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

..... JA  NEI

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

VEND!

## 12. MEDISIN MOT HØYT BLODTRYKK

Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

Nå Før, men ikke nå Aldri brukt

1

2

3

Hvis du bruker medisin nå, hvilke(t) merke(r) bruker du?


Ikke skriv i disse rutene

--	--	--

## 13. MEDISIN MOT HØYT KOLESTEROL

JA NEI

Bruker du kolesterolenkende medisiner NÅ? .....

Hvis NEI, gå til 14. ETTERUNDERSØKELSE.

Hvor gammel var du da du begynte med kolesterolenkende medisiner? ..... Alder i år

Hvis du bruker kolesterolenkende medisiner, hva var grunnen til at du begynte med slik medisin?

(Sett kryss i de rutene som passer for deg.) JA NEI

Hjerteinfarkt .....

Angina pectoris (hjertekrampe, brystkrampe) .....

Høyt innhold av kolesterol i blodet .....

Hjertesykdom i familien (foreldre, søsknen) .....

Hjerneslag/hjerneblødning/ «drypp» .....

Dårlig blodsirkulasjon i bena (åreforklanning, «røykeben») .....

Andre årsaker .....

Skriv hvilke årsaker her:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ikke skriv i disse rutene

--	--	--

+

JA NEI

Jeg er usikker på årsaken .....

Hvilke kolesterolenkende medisiner bruker du NÅ og hvilken dose bruker du?

Hvilke(t) merke(r) bruker du?

Samlet dose  
på ett døgn


mg

mg

mg

Ikke skriv i disse rutene

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 14. ETTERUNDERSØKELSE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere, hvilken allmennpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli henvist til?

Oppgi legens navn:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ikke skriv i disse rutene

--	--	--

## 15. TIL KVINNER SOM DELTAR I HELSE-UNDERSØKELSEN

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon

eller første gang? ..... Alder i år

--	--

Har du for tiden regelmessig menstruasjon?

Regn den for regelmessig hvis den ikke har vært borte mer enn 3 mnd. sammenhengende siste år .....

--	--

Til deg som svarte JA: Omrent hvor mange dager etter starten på siste menstruasjon skjer helseundersøkelsen? (Sett bare ett kryss)

Under 8  8-14  15-21  Mer enn 21 dager

Hvis du for tiden ikke har regelmessig menstruasjon, ber vi deg fylle ut nedenfor (Sett bare ett kryss)

Menstruasjonen sluttet av seg selv for minst 6 mnd. siden (overgangsalder) .....  1

Menstruasjonen sluttet etter underlivsoperasjon, strålebehandling eller cellegift .....  2

Usikker på om menstruasjonen har sluttet (mulig overgangsalder) .....  3

Gravid i mindre enn 6 måneder .....  4

Gravid i 6 måneder eller mer .....  5

Har nylig født eller ammet, og har ikke fått menstruasjonen tilbake .....  6

Helt uregelmessige menstruasjoner, med svært korte eller svært lange pauser .....  7

Ingen eller uregelmessig menstruasjon på grunn av hormonbehandling .....  8

Har aldri hatt menstruasjoner .....  9

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

--	--

Hvor mange barn (levende barn) har du født? Antall barn

--	--

Hvor lenge har du ammet dine barn til sammen? (f.eks. 3 barn: 1 + 6 + 10 = 17 måneder) ..... Antall mnd.

Bruker du nå, eller har du tidligere brukt

Nå Før, men ikke nå Aldri

P-pille (også minipille) eller p-sprøyte .....

Vanlig spiral .....

Hormonspiral (pris ca. kr. 1000) .....

Østrogen/progesteron (tabletter, plaster, sprøyte) .....

Østrogen (krem eller stikkpiller) .....

Til deg som bruker p-pille, hormonspiral (ikke vanlig spiral) eller hormoner i overgangsalderen NÅ:

Hvilke(t) merke(r) bruker du?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ikke skriv i disse rutene

--	--	--

Omrnt hvor lenge har du brukt det du bruker nå?

Antall år   Hvis mindre enn ett år: ....Måneder

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

Velkommen til undersøkelsen!