

## **Appendix I**

### **Basis for paper I**

Invitation, photo pamphlet and questionnaires  
from series 20/23 (page 1-4), 32/33 (page 1-4) and 41/43  
Reminder card



## KVINNER OG KREFT

*Vi tillater oss å minne deg om undersøkelsen.*

*Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø gjennomfører en spørreundersøkelse om livsstil og helse blant norske kvinner. En slik undersøkelse gir et verdifullt grunnlag for å studere mulige sammenhenger mellom levestil og helse, f. eks. hvordan barnefødsler, bruk av hormoner i overgangsalderen eller fiskekonsum kan påvirke helsetilstanden. På lengre sikt er vi interessert i å sammenligne resultatene av undersøkelsen med utviklingen av kreftsykdommer som særlig rammer kvinner. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.*

*Du forespørres hermed om å delta i undersøkelsen. Alle som blir forespurt er trukket ut tilfeldig. Statistisk Sentralbyrå har trukket utvalget og står for utsending av spørreskjemaene.*

*Med noen års mellomrom fram til 2016 vil vi sammenholde opplysningene som er gitt i undersøkelsen med opplysninger fra Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Ved å studere materialet på nytt, håper vi å finne ut årsakene til at noen kvinner får kreft. Alle opplysninger fra undersøkelsen og fra registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter de regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse for denne undersøkelsen. På spørreskjemaet er navn og fødselsnummer erstattet med et løpenummer slik at ingen av de som mottar og tar hånd om skjemaene vil kjenne din identitet. Undersøkelsen er tilrådd av den regionale etiske komite for Nord-Norge.*

*Vi vil be deg om å besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Gi et anslag hvis du ikke vet det nøyaktige svaret. Dersom ingen av oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelt merknader eller tilleggsopplysninger i skjemaet.*

*Det er frivillig om du vil være med i undersøkelsen.*

*Det er også adgang til å trekke seg senere, hvis du skulle ønske det.*

*Ditt bidrag til undersøkelsen vil være å svare på spørsmålene i det spørreskjemaet som følger med. For spørsmål om hormoner og p-pille bruk finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel til å svare riktig (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet returneres i vedlagte konvolutt med betalt svarporto.*

*Med hilsen*

*Eiliv Lund  
Professor dr. med.*

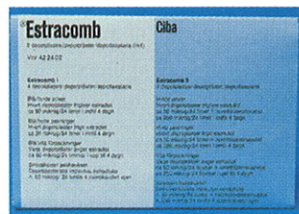
# Bruk av hormoner i og etter overgangsalderen

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster/salver du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormontabletter/plaster/salver du har brukt.



Nr. 108.  
Solgt fra 1976

Nr. 109.  
Solgt fra 1954

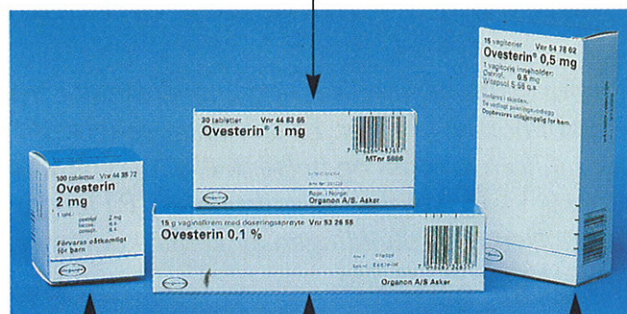


Nr. 110.  
Solgt fra 1994



Nr. 101. Solgt fra 1978

Nr. 111. Solgt fra 1971



Nr. 112.  
Solgt fra 1989

Nr. 113.  
Solgt fra 1983

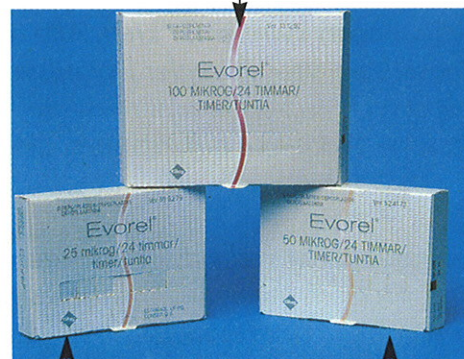
Nr. 114.  
Solgt fra 1984



Nr. 103.  
Solgt fra 1978

Nr. 102. Solgt fra 1978

Nr. 115. Solgt fra 1995



Nr. 116.  
Solgt fra 1995

Nr. 117.  
Solgt fra 1994

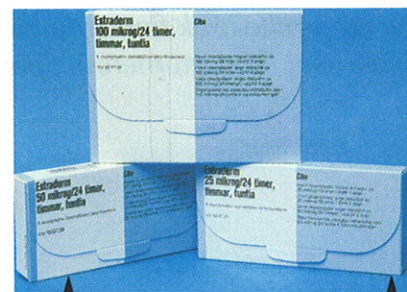


Nr. 104. Solgt fra 1953



Nr. 105. Solgt fra 1988

Nr. 118. Solgt fra 1989



Nr. 119.  
Solgt fra 1989

Nr. 120.  
Solgt fra 1989



Nr. 106. Solgt fra 1970

Nr. 107. Solgt fra 1967



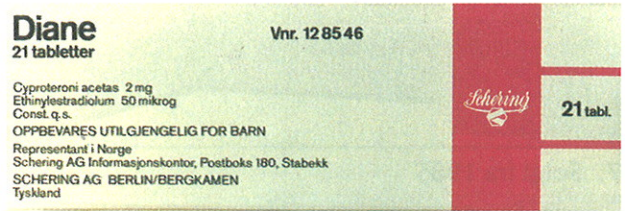
# P-Pille Merker

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de p-piller du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år p-pillene var i salg.

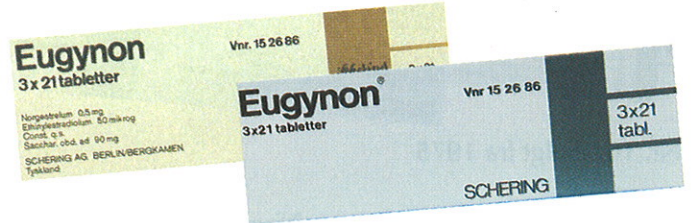
For noen p-piller finnes det esker med samme utseende, men med ulik størrelse, avhengig av om de inneholder p-piller for en eller flere måneder. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de p-pillene du har brukt.

Av noen p-pillemerker har vi ikke bilder, det gjelder:

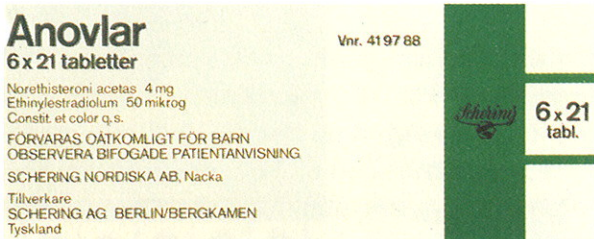
- Nr. 1. **Follistrel**, solgt fra 1973–76
- Nr. 2. **Menokvens**, solgt fra 1971–72
- Nr. 3. **Novokvens**, solgt fra 1969–70
- Nr. 5. **Anovlar Mite**, solgt fra 1967–69
- Nr. 8. **Consan**, solgt fra 1968–70
- Nr. 20. **Micronor**, solgt fra 1971–79
- Nr. 22. **Norlestrin**, solgt fra 1965–80
- Nr. 23. **Nyo-Kon**, solgt fra 1968–70
- Nr. 26. **Ortho-Novin Mite**, solgt fra 1968–72



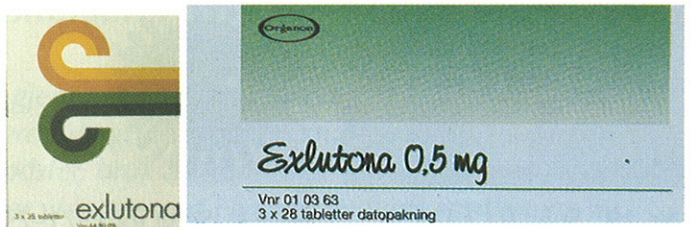
Nr. 10. Solgt fra 1980



Nr. 11. Solgt fra 1969



Nr. 4. Solgt fra 1965–68



Nr. 12. Solgt fra 1973



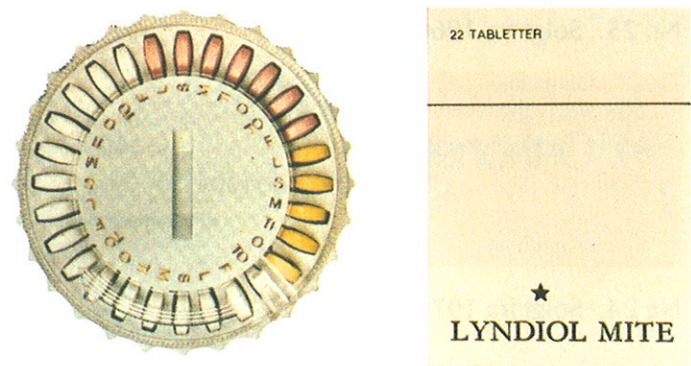
Nr. 6. Solgt fra 1980



Nr. 13. Solgt fra 1978



Nr. 7. Solgt fra 1971

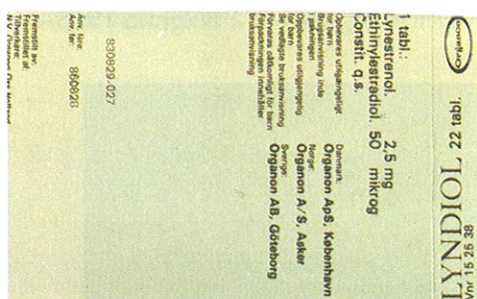


Nr. 14. Solgt fra 1971–75

Nr. 15. Solgt fra 1966–72



Nr. 9. Solgt fra 1968–71



Nr. 16. Solgt fra 1965

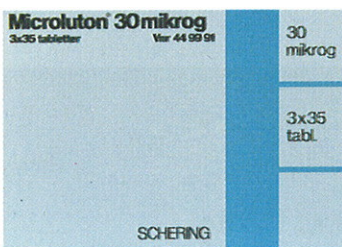




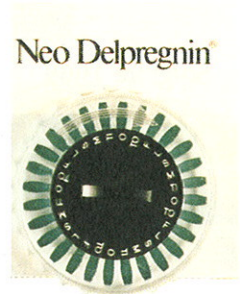
Nr. 17. Solgt fra 1985



Nr. 18. Solgt fra 1975



Nr. 19. Solgt fra 1973



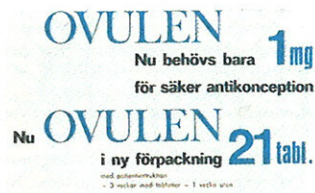
Nr. 21. Solgt fra 1971-79



Nr. 25. Solgt fra 1966-69



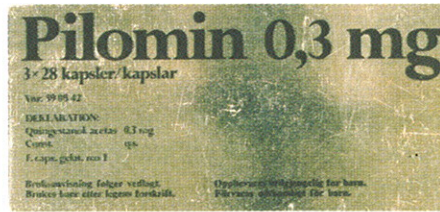
Nr. 24. Solgt fra 1971-81



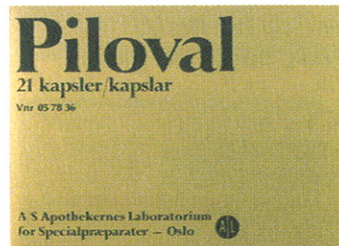
Nr. 27. Solgt fra 1965-71



Nr. 28. Solgt fra 1970



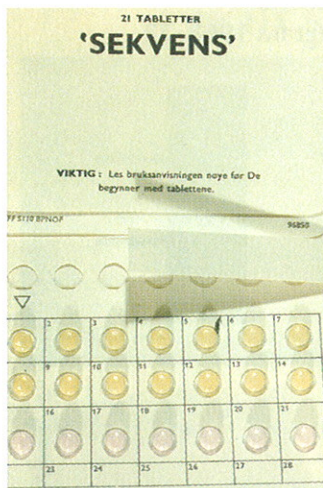
Nr. 29. Solgt fra 1973-82



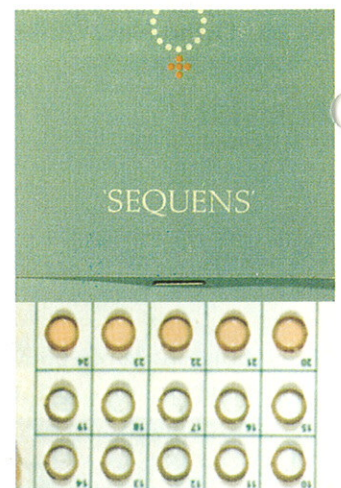
Nr. 30. Solgt fra 1968-84



Nr. 31. Solgt fra 1977-86



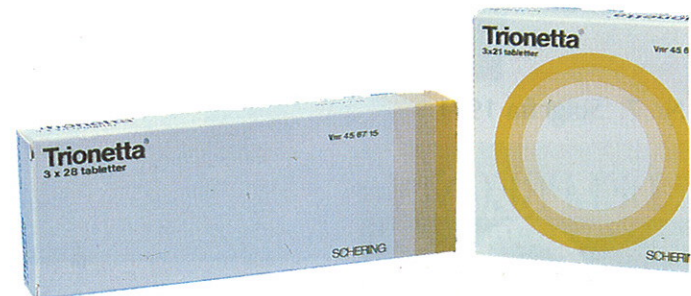
Nr. 32. Solgt fra 1969-70



Nr. 33. Solgt fra 1967-69



Nr. 35. Solgt fra 1981



Nr. 36. Solgt fra 1981



# KVINNER OG KREFT

KONFIDENSIELT

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Sett kryss for JA i ruten ved siden av hvis du samtykker i å være med. Dersom du ikke ønsker å delta, sett kryss for NEI og returner skjemaet i vedlagte svarkonvolutt, så slipper du å bli purret på.

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund  
Professor dr. med

20 KK/1996

15.000 45-69 år

220000 - 234999

Skj-type VIII - 8 sider, N-Norge

Jeg samtykker i å delta i JA   
spørreskjema-undersøkelsen NEI

## Forhold i oppveksten

I hvilke(n) kommune vokste du opp (0-7 år)?

.....  
Hvordan var de økonomiske forhold i oppveksten?

- Meget gode .....   
 Gode .....   
 Dårlige .....   
 Meget dårlige .....   
 Usikker .....

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss)

- veldig tynn  tynn  normal  tykk  veldig tykk

Hvor mange års skolegang/yrkesutdannelse har du i alt, ta med folkeskole og ungdomsskole? ..... år

## Menstruasjonsforhold

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang? ..... år

Hvor mange år tok det før menstruasjonen ble regelmessig?

- Ett år eller mindre  Mer enn ett år  
 Aldri  Husker ikke

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

- Ja  Nei  
 Har uregelmessig menstruasjon

Hvis Nei;

- har den stoppet av seg selv? .....   
operert vekk eggstokkene? .....   
operert vekk livmoren? .....   
annet? .....

Hvor gammel var du da menstruasjonen opphørte? ..... år

## Graviditeter, fødsler og amming

Fyll ut for hvert barn opplysninger om fødselsår og antall måneder du ammet hvert barn (fylles også ut for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). Dersom du ikke har født barn, fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

## Hormonbruk i overgangsalderen

HORMONTABLETTER/PLASTER/KREM/STIKKPILLER

Har du noen gang brukt hormontabletter/plaster?

- Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt

hormontabletter/plaster i alt? ..... år

Hvor gammel var du første gang du brukte

hormontabletter/plaster? ..... år

Bruker du tabletter/plaster nå?  Ja  Nei

HORMONPREPARAT TIL LOKAL BRUK I SKJEDEN

Har du noen gang brukt hormonkrem/stikkpille?

- Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt

krem/stikkpille i alt? ..... år

Hvor gammel var du første gang du brukte

hormonkrem/stikkpille? ..... år

Bruker du krem/stikkpille nå?  Ja  Nei



Vi vil be deg om å besvare spørsmålene om bruk av hormontablett/ plaster/krem/stikkpille (hormonpreparater) mer nøye. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet sett usikker. For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormontabletten/plasteret/kremen/stikkpillen som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/krem/stikkpille Sammenhengende år måned	Nr.	Hormontablett/ plaster/krem stikkpille (se brosjyre) Navn
Første				
Andre				
Tredje				
Fjerde				
Femte				

## P-Piller

Har du noen gang brukt p-piller, minipiller inkludert?

Ja  Nei

Hvis Ja;

Hvor lenge har du brukt p-piller i alt? .....

Hvor gammel var du første gang du brukte

p-piller? .....

Bruker du p-piller nå?  Ja  Nei

Vi vil be deg om å besvare spørsmålene om p-pille bruk mer nøye. For hver periode med sammenhengende bruk av samme p-pille merke håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme p-pille merket og navnet på p-pillene.

Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på p-pille merket, sett usikker. For å hjelpe deg til å huske navnet på p-pille merkene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av p-pille merker som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummeret på p-pillen som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme p-pille sammenhengende år måneder	Nr.	P-pillene (se brosjyren) Navn
Første				
Andre				
Tredje				
Fjerde				
Femte				

## Abort og infertilitet

Har du hatt noe svangerskap som varte mindre enn seks måneder dvs. spontanabort eller selvbestemt abort? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du ved første abort? .....

Hvor mange aborter har du hatt i alt? .....

Har du noen gang prøvd i mer enn 1 år å bli gravid? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du? .....

Hvor lenge prøvde du? .....

## Sykdom

Har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis Ja: Alder ved start
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blodpropp i legg eller lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

meget god  god  dårlig  meget dårlig

## Allergi

Er du allergisk overfor Ja Nei

bestemte typer mat .....

Hvis Ja, angi:

Melk o.l. ....

Sitrus (appelsin o.l.) .....

Skalldyr .....

Annet .....



## Hjerte- karpresparater

### BRUKER DU LEGEMIDLER FAST

mot høyt blodtrykk?  Ja  Nei

mot hjertekrampe (angina)?  Ja  Nei

mot hjertesvikt og/eller uregelmessig hjerterytme?  Ja  Nei

Hvis ja ved ett eller flere av spørsmålene, vennligst angi hvilke hjerte-karpresparater du bruker, og når behandlingen ble påbegynt.

Preparat	Behandlingsstart	
	år	måned
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Bruk av smertestillende midler

Har du det siste året periodevis brukt smertestillende midler daglig eller nesten daglig? Angi hvor mange måneder du brukte dem og sett 0 hvis du ikke har brukt smertestillende midler. ....måneder

Bruker du acetylsalisyltabletter fast?  Ja  Nei

Hvis Ja, angi navn: .....

hvor mange pr. dag? .....tabletter

hvor lenge har du brukt i alt? .....mnd .....år

Har du brukt smertestillende midler siste 14 dager?

Ja  Nei

Hvis Ja;

Var dette reseptbelagte smertestillende midler? Ja Nei

Brukte du Paralgin forte?

Codalgin forte?

Codacetyl?

Andre reseptbelagte smertestillende: .....

Var dette reseptfrie smertestillende midler? Ja Nei

Hvis Ja, var det Albyl-E?

Dispril?

Globentyl?

Globoid?

Novid?

- Fenozonpreparater (f.eks. Fanalgin, Fenazon, Fenazon-koffein, Antineuralgica)?

- Paracetamolpreparater (f.eks. Panodil, Paracet, Paracetamol, Pinex)?

- Ibuprofenpreparatet (f.eks. Brufen, Ibox, Ibumetin)?

## Undersøkelser for kreft

Hvor ofte undersøker du brystene dine selv?

(Sett ett kryss)

Aldri.....

Uregelmessig.....

Regelmessig (omtrent hver måned).....

Går du til regelmessig undersøkelse av brystene dine med mammografi? (Sett ett kryss)

Nei.....

Ja, med 2 års mellomrom eller mindre.....

Ja, med mer enn 2 års mellomrom.....

Har du tatt kreftprøve fra livmorhalsen regelmessig?

Aldri.....

Sjeldnere enn hvert 3. år.....

Hvert 3. år eller oftere.....

## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft;

	Ja	Nei	Vet ikke
mor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mormor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
farmor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
søster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Høyde og vekt

Hvor høy er du? ..... cm

Hvor mye veier du i dag? ..... kg

Hvor mye veide du da du var 18 år? ..... kg

Har du i løpet av kort tid (noen måneder) uten å være gravid, endret din vanlige vekt med mer enn fem kilo?

Ja  Nei

Hvis Ja, angi din laveste vekt ..... kg

angi din høyeste vekt ..... kg

Gjør du noe forsøk på å endre kroppsvekten din?

Nei

Ja, jeg ønsker å legge på meg

Ja, jeg ønsker å gå ned i vekt



## Røykevaner

Ja    Nei

Har du noen gang røkt?       

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut for hver aldersgruppe i livet hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røykte pr. dag i den perioden.

Antall sigaretter hver dag							
Alder	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
15-19							
20-29							
30-39							
40-49							
50-59							
60-69							

Ja    Nei

Røker du daglig nå?       

Bor du sammen med noen som røker?       

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røker de

til sammen pr. dag?    .....

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye ved 14 og 30 års alder og i dag. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som turgåing o.l. Sett ring rundt det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite									Svært mye										
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Har du drevet konkurransedrett?     Ja     Nei

Hvis Ja, hvor mange år i alt?    ..... år

## Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)

gift     samboer     skilt/separert     ugift     enke

Hvor mange personer er det i ditt hushold? Antall: .....

Hvor mange inntekter er det i husholdet?    .....

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

under 150 000 kr     151 000–300 000 kr

301 000–450 000 kr     451 000–600 000 kr

over 600 000 kr

## Kosthold

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er **vanligvis**. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i **gjennomsnitt siste året** har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier spise/drikke hver gang. Dersom du aldri/sjelden bruker matvaren, trenger du ikke krysse av for mengde.

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type. (Sett ett kryss pr. linje)

		aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Helmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kopper kaffe drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Kokekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

aldri/sjelden     1 pr. uke     2-3 pr. uke  
 4-6 pr. uke     daglig

Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

aldri/nesten aldri     1-3 pr. uke     4-6 pr. uke     1 pr. dag

Dersom du spiser kornblanding e. l., hvor stor porsjon pleier du vanligvis å spise hver gang? (Sett ett kryss)

mindre enn 1 dl     1 dl     1,5 dl     2+ dl

Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(1/2 rundstykke = 1 brødskeive) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+ pr. dag
Grovt brød						
Fint brød						
Knekkebrød o.l.						

## KVINNER OG KREFT

### *Orientering om undersøkelsen*

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø gjennomfører en spørreundersøkelse om levesett og kreft blant norske kvinner. En slik undersøkelse gir et verdifullt grunnlag for å studere mulige sammenhenger mellom f. eks. barnefødsler, p-piller, solvaner og utviklingen av kreftsykdommer som særlig rammer kvinner. Resultatene vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Du forespørres hermed om å delta i undersøkelsen. Alle som blir forespurt er trukket ut tilfeldig. Statistisk Sentralbyrå har trukket utvalget og står for utsending av spørreskjemaene. Med noen års mellomrom fram til 2017 vil vi sammenholde opplysningene som er gitt i undersøkelsen med opplysninger fra Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Alle opplysninger fra undersøkelsen og fra registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter de regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse. På spørreskjemaet er navn og fødselsnummer erstattet med et løpenummer slik at ingen av de som mottar og tar hånd om skjemaene vil kjenne din identitet. Undersøkelsen er tilrådd av den regionale etiske komite for Nord-Norge.

Vi vil be deg om å besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelt tilleggsopplysninger i skjemaet. Du behøver ikke å svare på alle spørsmål.

Vi spør også alle som deltar om tillatelse til fornyet skriftlig kontakt om noen år i form av et liknende spørreskjema. For et mindre, tilfeldig utvalg ønsker vi i tillegg mer detaljerte opplysninger om siste døgns kosthold.

Det er frivillig om du vil være med i undersøkelsen. Det er også adgang til å trekke seg senere, hvis du skulle ønske det. Du kan få slettet dine opplysninger hvis du krever det.

Ditt bidrag til undersøkelsen vil være å svare på spørsmålene i det spørreskjemaet som følger med. For spørsmål om hormoner og p-pille bruk finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel til å svare riktig (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet returneres i vedlagte konvolutt med betalt svarporto.

Med hilsen

Eiliv Lund  
Professor dr. med.



# Bruk av hormoner i og etter overgangsalderen

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster/salver/stikkpiller du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormon-tabletter/plaster/salver/stikkpiller du har brukt. Eldre avregistrerte preparater er ikke gjengitt med bilder, det gjelder:

- Nr. 201 **Dietylstilbøstrol** 1 mg stikkpiller til skjeden (1976-92)
- Nr. 202 **Dietylstilbøstrol** 0,1 mg tabletter (1980-85)
- Nr. 203 **Dietylstilbøstrol** 0,5 mg stikkpiller (1976-81)
- Nr. 204 **Primodos** tabletter (1961-74)
- Nr. 205 **Østriol** 1 mg tabletter (1975-95)
- Nr. 206 **Østriol** 0,25 mg tabletter (1961-83)



Nr. 101. Solgt fra 1978



Nr. 102. Solgt fra 1978



Nr. 103. Solgt fra 1978



Nr. 104. Solgt fra 1953



Nr. 105. Solgt fra 1988



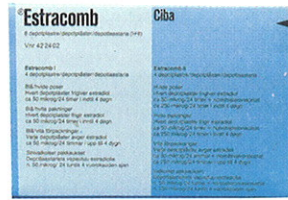
Nr. 107. Solgt fra 1967

Nr. 106. Solgt fra 1970



Nr. 108. Solgt fra 1976

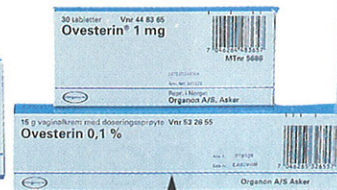
Nr. 109. Solgt fra 1954



Nr. 110. Solgt fra 1994

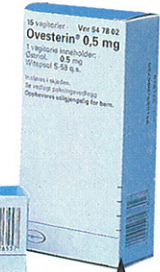


Nr. 112. Solgt fra 1989



Nr. 111. Solgt fra 1971

Nr. 113. Solgt fra 1983



Nr. 114. Solgt fra 1984



Nr. 115. Solgt fra 1995

Nr. 116. Solgt fra 1995



Nr. 118. Solgt fra 1989

Nr. 119. Solgt fra 1989

Nr. 121 Solgt fra 1996.

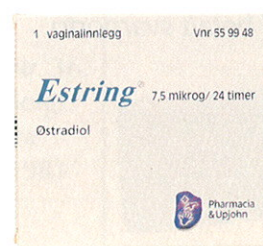


Nr. 123 Solgt fra 1996.

Nr. 122 Solgt fra 1996.



Nr. 124 Solgt fra 1996.



Nr. 125 Solgt fra 1996.



## P-PILLE MERKER

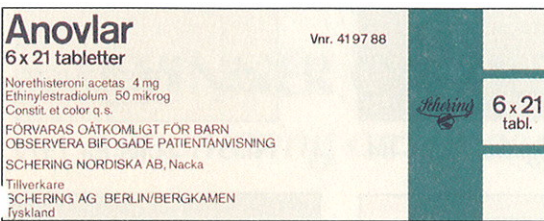
Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de p-piller du har brukt. Bildene er ordnet alfabetisk. Under bildene er det oppgitt hvilke år p-pillene var i salg.

For noen p-piller finnes det esker med samme utseende, men med ulik størrelse, avhengig av om de inneholder p-piller for en eller flere måneder.

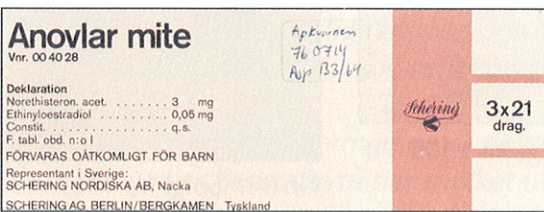
Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de p-pillene du har brukt.

Av tre p-pillemerker har vi ikke bilder, det gjelder:

- Nr. 1. **Follistrel**, solgt fra 1973–76  
 Nr. 2. **Menokvens**, solgt fra 1971–72  
 Nr. 3. **Novokvens**, solgt fra 1969–70



Nr. 4. Solgt fra 1965–68



Nr. 5. Solgt fra 1967–69



Nr. 6. Solgt fra 1980



Nr. 7. Solgt fra 1971



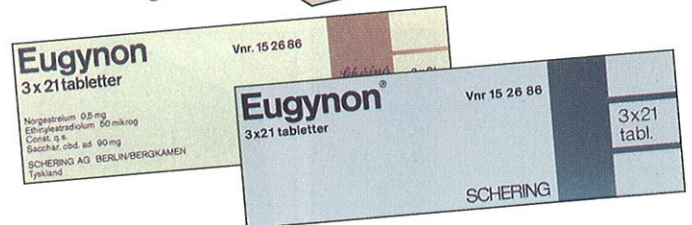
Nr. 8. Solgt fra 1968–70



Nr. 9. Solgt fra 1968–71



Nr. 10. Solgt fra 1980



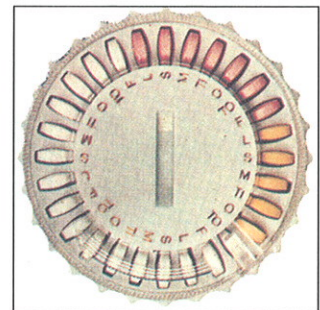
Nr. 11. Solgt fra 1969



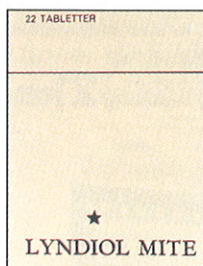
Nr. 12. Solgt fra 1973



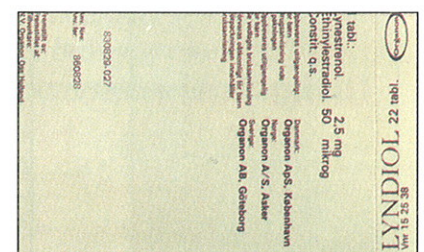
Nr. 13. Solgt fra 1978



Nr. 14. Solgt fra 1971–75



Nr. 15. Solgt fra 1966–72



Nr. 16. Solgt fra 1965



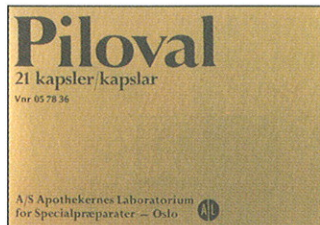


Nr. 17. Solgt fra 1985

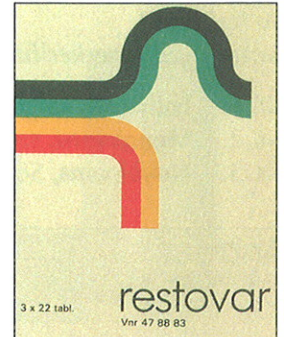
Nr. 28. Solgt fra 1970



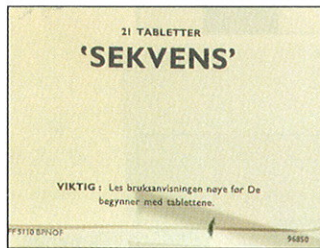
Nr. 29. Solgt fra 1973-82



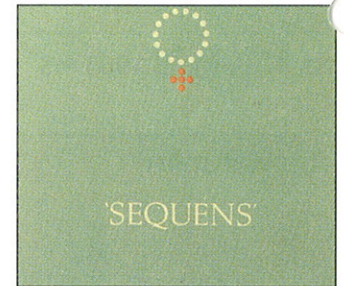
Nr. 30. Solgt fra 1968-84



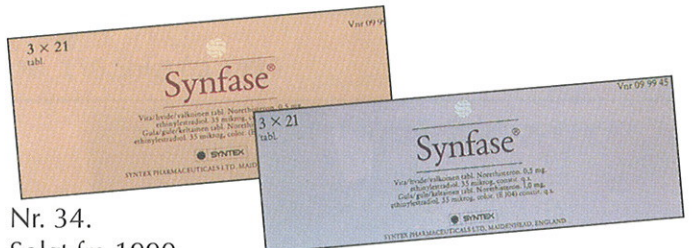
Nr. 31. Solgt fra 1977



Nr. 32. Solgt fra 1969-70



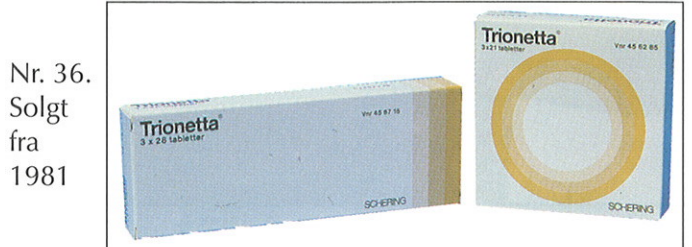
Nr. 33. Solgt fra 1967-69



Nr. 34. Solgt fra 1990



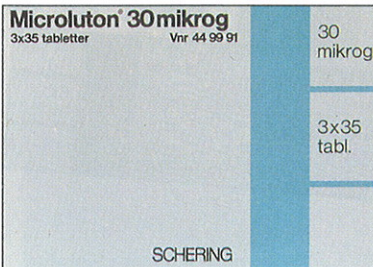
Nr. 35. Solgt fra 1981



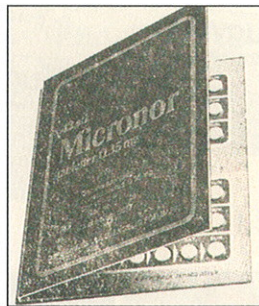
Nr. 36. Solgt fra 1981



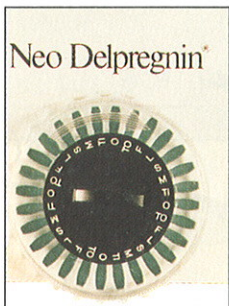
Nr. 18. Solgt fra 1975



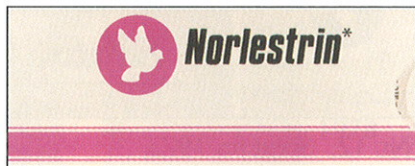
Nr. 19. Solgt fra 1973



Nr. 20. Solgt fra 1971-79



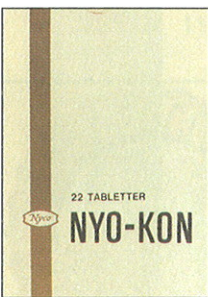
Nr. 21. Solgt fra 1971-79



Nr. 22. Solgt fra 1965-80



Nr. 24. Solgt fra 1971-81



Nr. 23. Solgt fra 1968-70



Nr. 25. Solgt fra 1966-69



Nr. 26. Solgt fra 1968-72



Nr. 27. Solgt fra 1965-71



# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

Hvis du samtykker i å være med, sett kryss for JA i ruten ved siden av. Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Hvis du vil være med, så ber vi deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund  
Professor dr. med

23 KK/1997

10.000 45-69 år

251000 – 260999

Skj-type IX - 8 sider, N-Norge

Jeg samtykker i å delta i JA   
spørreskjema-undersøkelsen NEI

### Forhold i oppveksten

I hvilken kommune har du bodd lengre enn ett år?

Kommune:

Alder

1. Fødested: ..... Fra  år til  år  
2. .... Fra  år til  år  
3. .... Fra  år til  år  
4. .... Fra  år til  år  
5. .... Fra  år til  år  
6. .... Fra  år til  år  
7. .... Fra  år til  år

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss)

- veldig tynn  tynn  normal  tykk  veldig tykk

Hvor mange års skolegang/yrkesutdannelse har du i alt, ta med folkeskole og ungdomsskole? ..... år

### Menstruasjonsforhold

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang? ..... år

Ivor mange år tok det før menstruasjonen ble regelmessig?

- Ett år eller mindre  Mer enn ett år  
 Aldri  Husker ikke

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

- Ja  
 Har uregelmessig menstruasjon  
 Vet ikke (menstruasjon uteblitt pga. legemiddelbruk, p-piller, sykdom, trening, annet)  
 Nei

Hvis Nei;

- har den stoppet av seg selv? .....   
operert vekk eggstokkene? .....   
operert vekk livmoren? .....   
annet? .....

Alder da menstruasjonen opphørte? ..... år

### Graviditeter, fødsler og amming

Fyll ut for hvert barn du har født opplysninger om fødselsår og antall måneder du ammet (fylles også ut for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). Dersom du ikke har født barn, fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

### Hormonbruk i overgangsalderen

Har du noen gang brukt hormontabletter/plaster?

- Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt hormontabletter/plaster i alt? ..... år

Hvor gammel var du første gang du brukte hormontabletter/plaster? ..... år

Hvorfor begynte du å bruke hormontabletter/plaster?

- Lindre plager i overgangsalderen   
(hetetokter, uopplagthet, underlivsplager mm)  
Forebygge benskjørhet   
Forebygge hjerte/kar sykdom   
Annet .....

Bruker du tabletter/plaster nå?  Ja  Nei

HORMONPREPARAT TIL LOKAL BRUK I SKJEDEN

Har du noen gang brukt hormonkrem/stikkpille?

- Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt krem/stikkpille i alt? ..... år

Hvor gammel var du første gang du brukte hormonkrem/stikkpille? ..... år

Bruker du krem/stikkpille nå?  Ja  Nei



Hvis du har svart «nei» på begge spørsmålene om hormonbruk (tabletter, plaster, krem eller stikkpiller) i overgangsalderen, kan du gå videre til spørsmålene under «P-piller». Har du svart «ja», ber vi deg om å utdype dette nærmere ved å svare på spørsmålene nedenfor. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormon-tabletten/plasteret/kremen/stikkpiller som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/krem/stikkpille Sammenhengende år måned	Nr.	Hormontablett/ plaster/krem stikkpille (se brosjyre) Navn
Første				
Andre				
Tredje				
Fjerde				
Femte				

Har hormonpreparatene gitt deg bivirkninger?  Ja  Nei

Hvis ja; kryss av for hvilke bivirkninger:

- Uregelmessige blødninger
- Brystspenning
- Kvalme/magesmerter
- Hodepine
- Hudreaksjoner
- Vektøkning
- Annet .....

Førte de overnevnte bivirkninger til at du forandret hormonbehandlingen din?  Ja  Nei

Hvis ja;

- Skiftet fra ett hormonpreparat til et annet
- Sluttet på egen hånd?
- Sluttet i samråd med lege
- Annet .....

Har vekten din økt etter at du begynte å bruke hormoner  Ja  Nei

Hvis ja; Hvor mange kg? .....kg

Hvis du har brukt hormonpreparater i 1 år eller mindre; hvorfor har du brukt midlene så kort tid?

- Har nettopp startet behandlingen
- Er kvitt plagene
- Manglende effekt av legemidlene
- Redd for skadevirkninger
- Fikk plagsomme bivirkninger
- Annet .....

Hvor har du skaffet deg informasjon/kunnskap om hormonbehandling?

	Lite viktig	viktig	meget viktig
Allmenpraktiserende lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio/TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ukeblader/aviser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## P-Piller

Har du noen gang brukt p-piller, minipiller inkludert?  Ja  Nei

Hvis Ja;

Hvor lenge har du brukt p-piller i alt? .....år

Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller? .....år

Hvis du har født barn, brukte du p-piller før første fødsel?  Ja  Nei

Bruker du p-piller nå?  Ja  Nei

Vi vil be deg om å besvare spørsmålene om p-pille bruk mer nøye. For hver periode med sammenhengende bruk av samme p-pille merke håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme p-pille merket og navnet på p-pillene.

Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på p-pille merket, sett usikker. For å hjelpe deg til å huske navnet på p-pille merkene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren som viser bilder av p-pillemerker som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummeret på p-pillen som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme p-pille sammenhengende år måneder	Nr.	P-pillene (se brosjyren) Navn
Første				
Andre				
Tredje				
Fjerde				
Femte				

## Abort og infertilitet

Har du hatt noe svangerskap som varte mindre enn seks måneder dvs. spontanabort eller selvbestemt abort? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du ved første abort? .....år

Hvor mange aborter har du hatt i alt? .....

Har du noen gang prøvd i mer enn 1 år å bli gravid? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du? ..... år

Hvor lenge prøvde du? ..... år



## Sykdom

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis Ja: Alder ved start
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blodpropp i legg eller lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (besøkt lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Oppfatter du din egen fysiske helse som; (Sett ett kryss)

meget god  god  dårlig  meget dårlig

Oppfatter du din egen psykiske helse som; (Sett ett kryss)

meget god  god  dårlig  meget dårlig

## Hjerte- karpresparater

BRUKER DU LEGEMIDLER FAST

mot høyt blodtrykk?  Ja  Nei

mot hjertekrampe (angina)?  Ja  Nei

mot hjertesvikt og/eller uregelmessig hjerterytme?  Ja  Nei

## Undersøkelser for kreft

Hvor ofte undersøker du brystene dine selv?

(Sett ett kryss)

Aldri.....

Uregelmessig.....

Regelmessig (omtrent hver måned).....

Går du til regelmessig undersøkelse av brystene

dine med mammografi? (Sett ett kryss)

Nei.....

Ja, med 2 års mellomrom eller mindre.....

Ja, med mer enn 2 års mellomrom.....

Har du tatt kreftprøve fra livmorhalsen regelmessig?

Aldri.....

Sjeldnere enn hvert 3. år.....

Hvert 3. år eller oftere.....

## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft;

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
datter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
mor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
mormor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
farmor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
søster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Høyde og vekt

Hvor høy er du? ..... cm

Hvor mye veier du i dag? ..... kg

Hvor mye veide du da du var 18 år? ..... kg

Har du lagt på deg etter at du ble 50 år?  Ja  Nei

I tilfelle Ja; hvor mange kg? ..... kg

## Røykevaner

Ja Nei

Har du noen gang røkt?

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut for hver aldersgruppe i livet hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røkte pr. dag i den perioden.

Alder	Antall sigaretter hver dag						
	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
15-19							
20-29							
30-39							
40-49							
50-59							
60-69							

Ja Nei

Røker du daglig nå?

Bor du sammen med noen som røker?

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røker de til sammen pr. dag? .....

## Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)

gift  samboer  skilt/separert  ugift  enke

Hvor mange personer er det i ditt hushold?

Antall: .....



### Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

- under 150 000 kr       151 000–300 000 kr  
 301 000–450 000 kr       451 000–600 000 kr  
 over 600 000 kr

Yrke: .....

Arbeider du utendørs i yrkessammenheng?      Ja      Nei  
     

### Hvis ja:

hvor mange timer pr. uke?      .....Sommer      .....vinter

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye ved 14 og 30 års alder og i dag. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som turgåing o.l. Sett ring rundt det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### Hvilken fysisk aktivitet har du i fritiden?

(Sett kryss i den ruten hvor «Ja» passer best.)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?.....      Ja

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uken?...  
(Heri medregnes også gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)     

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid el.?        
(Merk at virksomheten skal vare minst 4 timer i uka.)

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

Hvis du har drevet konkurranseidrett, hvor mange år i alt?      ..... år

Hvor mye går du pr. uke?      ..... timer  
(spasere, skiturer, turer i skog og mark, går til arbeid)

## Kosthold

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er **vanligvis**. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i **gjennomsnitt siste året** har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier å spise/drikke hver gang.

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type? (Sett ett kryss pr. linje)

		aldri/ sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Helmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor mange kopper kaffe drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Kokekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

aldri/sjelden       1 pr. uke       2-3 pr. uke       4+ pr. uke

### Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

aldri/nesten aldri       1-3 pr. uke       4-6 pr. uke       1 pr. dag

### Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(1/2 rundstykke = 1 brødskiye) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knekkebrød o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødsquirer med det aktuelle pålegget du pleier å spise. Dersom du også bruker matvarene i andre sammenhenger enn til brød (f. eks. til vafler, frokostblandinger, grøt), ber vi om at du tar med dette når du besvarer spørsmålene.

### På hvor mange brødsquirer bruker du? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvit ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvit ost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttpålegg, leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Videre kommer spørsmål om fiskepålegg.

### På hvor mange brødsquirer pr. uke har du i gjennomsnitt siste året spist? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?

(Sett gjerne flere kryss)

- bruker ikke fett på brødet  
 smør  
 hard margarin (f. eks. Per, Melange)  
 myk margarin (f. eks. Soft)



## KVINNER OG KREFT

### Orientering om undersøkelsen

Du samtykket i 1996/97 til å fylle ut et fire siders spørreskjema som du mottok i posten – «Kvinner og Kreft». Spørreskjemaet tok opp en rekke forhold knyttet til ditt liv, som barnefødsler, p-pillebruk, kosthold, røyking og sosiale forhold. Formålet med undersøkelsen var å se om disse forhold har betydning for utvikling av kreft hos kvinner. Resultatene vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Vi retter nå en ny forespørsel til deg om du nok en gang vil besvare det vedlagte spørreskjema. Begrunnelsen for å kontakte deg på ny er at mange av de spørsmålene du besvarte sist gjaldt levevaner som vi vet endrer seg med alderen. De fleste spørsmålene vil dreie seg om årene siden siste utfylling.

Undersøkelsen er tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge. Adressen din henter vi fra det sentrale personregister ved hjelp av Statistisk Sentralbyrå. Som forrige gang inneholder spørreskjemaet kun løpenummer uten annen identifikasjon, for derved å gi dine opplysninger et bedre personvern.

Med noen års mellomrom frem til år 2022 vil vi sammenholde opplysningene du har gitt i undersøkelsen med opplysninger fra Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Ved å studere materialet på nytt, håper vi å finne ut årsakene til at noen kvinner får kreft. Alle opplysningene fra spørreskjemaene og registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter de regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen. Du kan senere trekke deg uten begrunnelse og uten at det vil få noen konsekvenser for deg. Opplysninger du har gitt kan du be om å få slettet.

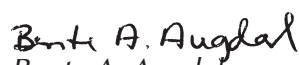
Vi vil be deg om å besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av de oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelt merknader eller tilleggsopplysninger i skjemaet. Vi spør også alle som deltar om tillatelse til fornyet kontakt om noen år i form av et liknende spørreskjema.

Vi vil senere kontakte en del av deltakerne for å få tatt en blodprøve. Det vil skje hos nærmeste lege, og være gratis. Noen kvinner vil også bli forespurt om å delta i et kostholdsintervju over telefon.

For spørsmål om bruk av hormoner i overgangsalderen finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet sendes tilbake i vedlagte konvolutt som vi betaler svarporto for.

Med hilsen

  
Eiliv Lund  
professor dr.med.

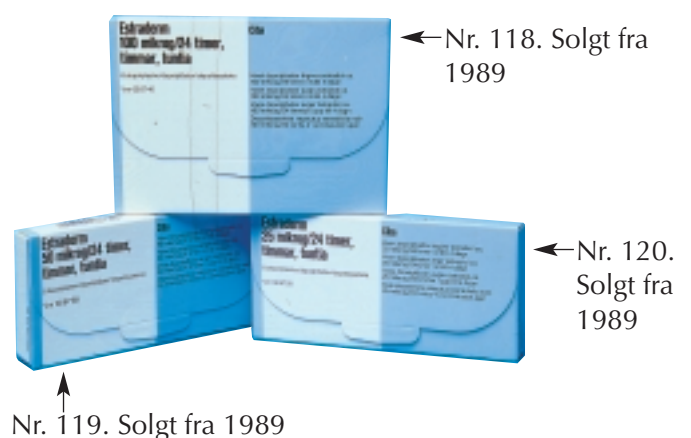
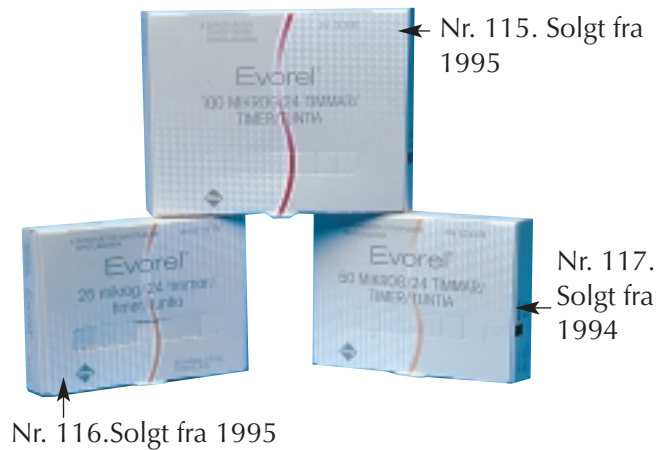
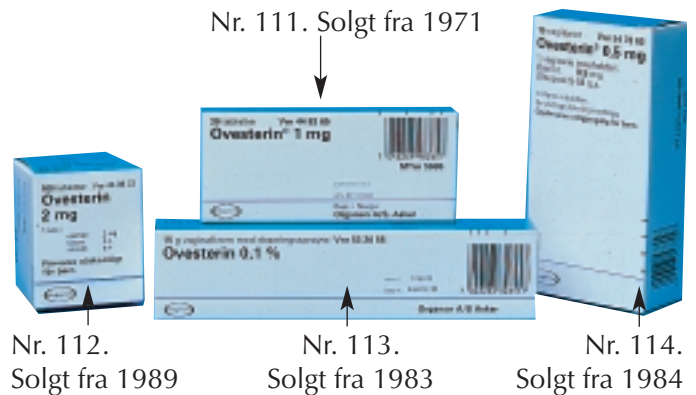
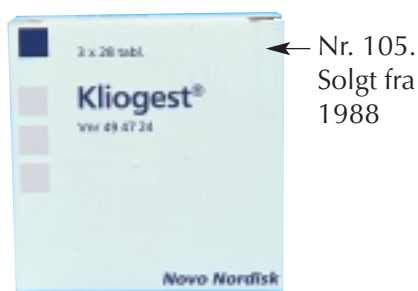
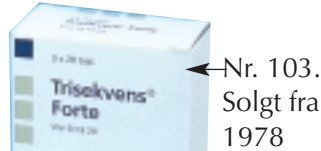
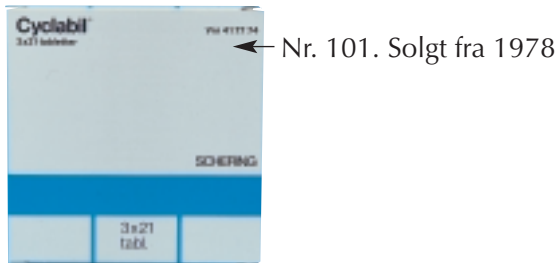
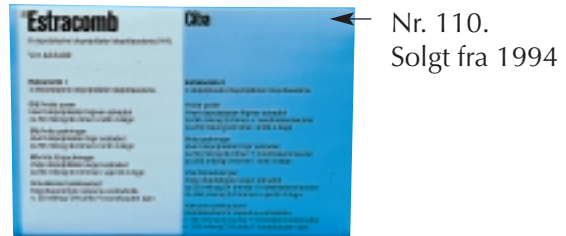
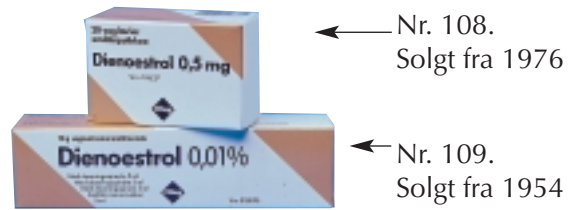
  
Bente A. Augdal  
prosjektmedarbeider



# Bruk av østrogener i og etter overgangsalderen

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster/salver/stikkpiller du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormon-tabletter/plaster/salver/stikkpiller du har brukt. Eldre avregistrerte preparater er ikke gjengitt med bilder, det gjelder:

- Nr. 201 **Dietylstilbøstrol** 1mg stikkpiller til skjeden (1976-92)
- Nr. 202 **Dietylstilbøstrol** 0,1 mg tabletter (1980-85)
- Nr. 203 **Dietylstilbøstrol** 0,5 mg stikkpiller (1976-81)
- Nr. 204 **Primodos** tabletter (1961-74)
- Nr. 205 **Østriol** 1 mg tabletter (1975-95)
- Nr. 206 **Østriol** 0,25 mg tabletter (1961-83)



Nr. 121  
Solgt fra  
1996.



←Nr. 123  
Solgt fra  
1996.

Nr. 126 →  
Solgt fra  
1997.



Nr. 122  
Solgt fra  
1996.

←Nr. 124  
Solgt fra  
1996.

Nr. 127 →  
Solgt fra  
1997.



Nr. 125  
Solgt fra 1996.



↑Nr. 129  
Crinone  
Solgt fra  
2000

Nr. 128  
Livial 2,5 mg  
Solgt fra  
1999 →



Nr. 130  
Indivina 1mg/2,5 mg  
Solgt fra  
2001



Nr. 133 Diviseq  
Solgt fra 2001

↑Nr. 132  
Indivina 2mg/5 mg  
Solgt fra 2001

Nr. 131  
Indivina 1mg/5 mg  
Solgt fra 2001

## P-pille merker i salg 1998-2002

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de p-piller du har brukt de siste årene. Bildene er ordnet alfabetisk. Under bildene er det oppgitt hvilke år p-pillene var i salg.

For noen p-piller finnes det esker med samme utseende, men med ulik størrelse, avhengig av om de inneholder p-piller for en eller flere måneder.

Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de p-pillene du har brukt.



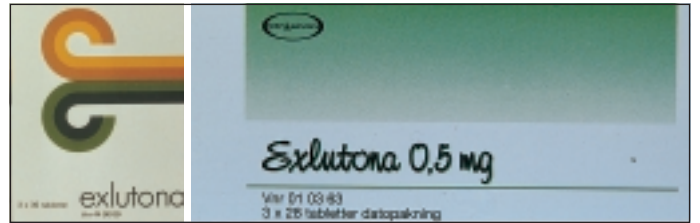
Nr. 7. Solgt fra 1971



Nr. 10. Solgt fra 1980



Nr. 11. Solgt fra 1969



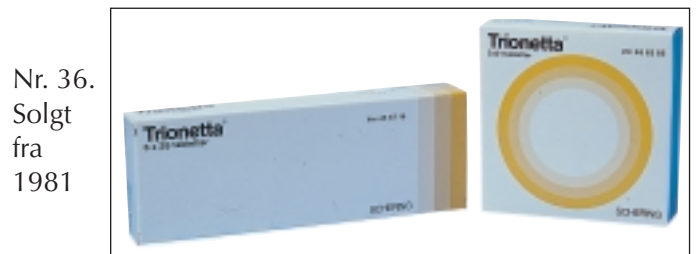
Nr. 12. Solgt fra 1973



Nr. 34.  
Solgt fra 1990



Nr. 35.  
Solgt fra 1981



Nr. 36.  
Solgt fra 1981



Nr. 13. Solgt fra 1978



Nr. 17. Solgt fra 1985



Nr. 18. Solgt fra 1975



Nr. 19.  
Solgt fra 1973



Nr. 37  
Solgt fra 2001

**TAKK FOR INNSATSEN!**



# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

Hvis du samtykker i å være med, sett kryss for JA i ruten ved siden av. Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Hvis du vil være med, ber vi deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund

Professor dr. med

Jeg samtykker i å delta i  JA  
spørreskjemaundersøkelsen  NEI

### Menstruasjonsforhold

Er menstruasjonen din;

+

- Regelmessig (naturlig)  
 Uregelmessig  
 Uteblitt pga. legemiddelbruk, sykdom, trening, annet  
 Sluttet/stoppet

Hvis du ikke har menstruasjon;

+

- har den stoppet av seg selv?  
 operert vekk begge eggstokkene?  
 operert vekk livmoren?  
 annet, angi

Alder da menstruasjonen opphørte?

### Graviditeter

Har du noen gang vært gravid?..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange barn har du født (ta med dødfødte og barn som er døde senere i livet)?

### P-pillebruk etter 1996

Har du brukt p-piller eller minipiller etter 1996?..... Ja  Nei

Bruker du p-piller nå?..... Ja  Nei

For p-pillebruk etter 1996 ønsker vi å få vite navnet på p-pillen, årstallet du startet å bruke den og hvor lenge du brukte dette merket sammenhengende. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke start på ny linje. For å hjelpe deg å huske navnet ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren. Vennligst oppgi nummeret på p-pillen.

Årstall	Brukt samme p-pille sammenhengende		P-pillene	
	år	måneder	Navn	Nr.
97	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Hormonspiral

Har du noen gang brukt hormonspiral (Levonova)?..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange hele år har du brukt hormonspiral i alt?

Hvor gammel var du første gang du fikk innsatt hormonspiral?

Bruker du hormonspiral nå?..... Ja  Nei

### Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogen-tabletter/plaster?..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange år har du brukt østrogen-tabletter/plaster i alt?

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogen-tabletter/plaster?

Hva er den viktigste grunnen til at du begynte å bruke østrogen-tabletter/plaster?

- Lindre plager i overgangsalderen (hetetokter, uopplagthet, underlivsplager mm)   
 Forebygge benskjørhet (osteoporose)   
 Forebygge hjerte-/karsykdommer   
 Annet

Bruker du tabletter/plaster nå?..... Ja  Nei

Har østrogenpreparatene gitt deg bivirkninger?..... Ja  Nei

Hvis ja; kryss av for hvilke bivirkninger:

- Uregelmessige blødninger   
 Brystspenning   
 Kvalme/magesmerter   
 Hodpine   
 Vektøkning   
 Annet

Førte de ovennevnte bivirkninger til at du forandret østrogenbehandlingen din? ..... Ja  Nei

Hvis ja;

- Skiftet østrogenpreparat  
 Sluttet  
 Annet, angi .....



**UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM ETTER 1996 HAR BRUKT ELLER BRUKER PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM AV TABLETTER ELLER PLASTER.**

For hver periode med sammenhengende bruk av samme østrogenpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme østrogenpreparatet, og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på østrogenpreparatet sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på østrogenpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren som viser bilder av østrogenpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på østrogen- tablett/plasteret som står i brosjyren.

Årstall	Antall mnd. med samme preparat	Østrogentabletter/plaster	
		Navn	Nr.
1997			
1998			
1999			
2000			
2001			
2002			

**Sykdom**

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blodpropp i legg eller lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppsøkt lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rakitt (Engelsk syke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slitasjegikt (artrose) i hofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden**

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? ..... Ja  Nei

Hvis ja;

Bruker du krem/stikkpille nå? ..... Ja  Nei

**Selvopplevd helse**

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

- Meget god  God  
 Dårlig  Meget dårlig



For følgende tilstander kryss av for hvilket år tilstanden oppsto eller angi årstall for perioden før 1997.

	før 97	97	98	99	00	01	02
Muskelsmerter (myalgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/Fibrositt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tretthetssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmerter ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakkeslengskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose/(b.skjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Brudd**

	før 97	97	98	99	00	01	02
Underarmen (håndledd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lårhalsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggvirvel (kompresjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Røykevaner**

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? ..... Ja  Nei

Hvis ja, hvor mange sigaretter røykte du i gjennomsnitt pr. dag i perioden 1997-2001?

Årstall	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
1997-2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyker du daglig nå? ..... Ja  Nei

Hvis nei, hvor gammel var du da du sluttet å røyke?

Hvor lenge oppholder du deg daglig i rom med tobakksrøyk?

+	På arbeid (ant. hele timer)	<input type="text"/>
	Hjemme (ant. hele timer)	<input type="text"/>

Røykte noen av de voksne hjemme da du var barn? ..... Ja  Nei

Hvis ja,

- Bare mor  Bare far  Begge foreldre.





## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft? **+**

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Søster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvor mange helsøsken har du?

(oppgi antall)

Hvilket nummer i søskenflokken er du?

## Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi? Ja  Nei

Hvis ja,

Hvor gammel var du første gangen? (hele år)

Hvor mange ganger har du vært undersøkt?

-etter invitasjon fra Mammografiprogrammet

-etter henvisning fra lege

-uten henvisning fra lege



## Fysisk aktivitet

Er det spesielle helsemessige forhold som har påvirket ditt normale aktivitetsnivå det siste året?

Hvis ja, årsak:

Varighet i hele måneder

### Arbeid hjemme og ute

Hvor mange hele timer pr. uke bruker du i gjennomsnitt på:

Matlaging

Rengjøring

Klesvask

Innkjøp

Hvor mange hele timer pr. dag bruker du på arbeidsplassen i gjennomsnitt til:

Sitte

Stå

Gå

Løfte

Tunge løft/pleie

Hvor mange trapper (hele etasjer) går du i gjennomsnitt pr. dag.

Kryss ja eller nei for hver av følgende aktiviteter du deltar i. Hvis ja, oppgi hvor mange hele timer pr. uke du bruker i gjennomsnitt til hver av aktivitetene.

Eks. trener du 1 time =

**Fritidsaktivitet** Ja Nei Vinter Vår Sommer Høst

	Ja	Nei	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Eksempel: Jogging	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1,2"/>
Rask gange (f.eks.tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rolig gange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jogging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gymnastikk/treningsenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ballspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konkurransesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TV/data (fritiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Håndarbeid/hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kino/konsert/teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forening/kurs/bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spise/sitte stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bilbruk (fritid/helger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Snørydding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dusj/bad/egenpleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Omsorg (barnepass/pleie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mye sover du i gjennomsnitt pr. døgn? **+**

	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Nattesøvn (timer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Middagshvil (min.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mange timer pr. uke bruker du i gjennomsnitt til og fra arbeid?

	Vinter	Vår	Sommer	Høst
<b>+</b> Gå	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Offentlig kommunikasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som tur-gåing o.l. Sett kryss over det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Høyde og vekt

Hvor høy er du? (i hele cm.)

Hvor mye veier du i dag? (i hele kg.)

## Kosthold

Påvirker noen av følgende forhold kostholdet ditt?

(sett gjerne flere kryss)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er vegetarianer/veganer           | <input type="checkbox"/> Har anoreksi           |
| <input type="checkbox"/> Spiser ikke norsk kost til daglig |   |
| <input type="checkbox"/> Har allergi/intoleranse           | <input type="checkbox"/> Har bulimi             |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sykdom                    | <input type="checkbox"/> Prøver å gå ned i vekt |

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er vanligvis. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i gjennomsnitt siste året har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier å spise/drikke hver gang.

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Helmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kopper kaffe drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Kokekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange glass appelsinjuice, saft og brus drikker du vanligvis? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Appelsinjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus sukkerfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri/sjelden | <input type="checkbox"/> 2-3 pr. uke |
| <input type="checkbox"/> 1 pr. uke     | <input type="checkbox"/> 4+ pr. uke  |

Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri/sjelden | <input type="checkbox"/> 4-6 pr. uke |
| <input type="checkbox"/> 1-3 pr. uke   | <input type="checkbox"/> 1 pr. dag   |

Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(1/2 rundstykke = 1 brødskive) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/halvfint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knekkebrød o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødskiver med det aktuelle pålegget du pleier å spise. Dersom du også bruker matvarene i andre sammenhenger enn til brød (f. eks. til vafler, frokostblandinger, grøt), ber vi om at du tar med dette når du besvarer spørsmålene.

På hvor mange brødskiver bruker du? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttpålegg, Leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På hvor mange brødskiver pr. uke har du i gjennomsnitt siste året spist? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet? (Sett gjerne flere kryss)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bruker ikke fett på brødet                     |
| <input type="checkbox"/> Smør   |
| <input type="checkbox"/> Hard margarin (f. eks. Per, Melange)           |
| <input type="checkbox"/> Myk margarin (f. eks. Soft, Vita og Solsikke)  |
| <input type="checkbox"/> Smørblandet margarin (f. eks. Bremyk)          |
| <input type="checkbox"/> Brelett  |
| <input type="checkbox"/> Lettmargarin (f. eks. Soft light, Letta)       |
| <input type="checkbox"/> Middels lett margarin (f. eks. Olivero, Omega) |

Dersom du bruker fett på brødet, hvor tykt lag pleier du smøre på? (En kuvertpakke med margarin veier 12 gram). (Sett ett kryss)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skrapet (3 g)  | <input type="checkbox"/> Godt dekket (8 g) |
| <input type="checkbox"/> Tynt lag (5 g) | <input type="checkbox"/> Tykt lag (12 g)   |

# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

Hvis du samtykker i å være med, sett kryss for JA i ruten ved siden av. Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Hvis du vil være med, ber vi deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund

Professor dr. med

Jeg samtykker i å delta i  JA  
spørreskjemaundersøkelsen  NEI

### Menstruasjonsforhold

Er menstruasjonen din;



- Regelmessig (naturlig)  
 Uregelmessig  
 Uteblitt pga. legemiddelbruk, sykdom, trening, annet  
 Sluttet/stoppet

Hvis du ikke har menstruasjon;



- har den stoppet av seg selv?  
 operert vekk begge eggstokkene?  
 operert vekk livmoren?  
 annet, angi

Alder da menstruasjonen opphørte?

### Graviditeter

Har du noen gang vært gravid? ..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange barn har du født (ta med dødfødte og barn som er døde senere i livet)?

### Hormonspiral

Har du noen gang brukt hormonspiral (Levonova)? ..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange hele år har du brukt hormonspiral i alt?

Hvor gammel var du første gang du fikk innsatt hormonspiral?

Bruker du hormonspiral nå? ..... Ja  Nei

### Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogen-tabletter/plaster? ..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor mange år har du brukt østrogen-tabletter/plaster i alt?

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogen-tabletter/plaster?

Hva er den viktigste grunnen til at du begynte å bruke østrogen-tabletter/plaster?

- Lindre plager i overgangsalderen (hetetokter, uopplagthet, underlivsplager mm) .....   
 Forebygge benskjørhet (osteoporose) .....   
 Forebygge hjerte-/karsykdommer .....   
 Annet .....

Bruker du tabletter/plaster nå? ..... Ja  Nei

Har østrogenpreparatene gitt deg bivirkninger? ..... Ja  Nei

Hvis ja; kryss av for hvilke bivirkninger:

- Uregelmessige blødninger .....   
 Brystspenning .....   
 Kvalme/magesmerter .....   
 Hodepine .....   
 Vektøkning .....   
 Annet .....



Førte de ovennevnte bivirkninger til at du forandret østrogenbehandlingen din? ..... Ja  Nei

Hvis ja;

- Skiftet østrogenpreparat  
 Sluttet  
 Annet, angi .....



**UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM ETTER 1996 HAR BRUKT ELLER BRUKER PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM AV TABLETTER ELLER PLASTER.**

For hver periode med sammenhengende bruk av samme østrogenpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme østrogenpreparatet, og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på østrogenpreparatet sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på østrogenpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren som viser bilder av østrogenpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på østrogen- tabletten/plasteret som står i brosjyren.

Årstall	Antall mnd. med samme preparat	Østrogentabletter/plaster	
		Navn	Nr.
1997			
1998			
1999			
2000			
2001			
2002			

**Sykdom**

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blodpropp i legg eller lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppsøkt lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rakitt (Engelsk syke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slitasjegikt (artrose) i hofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden**

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? ..... Ja  Nei

Hvis ja;

Bruker du krem/stikkpille nå? ..... Ja  Nei

**Selvopplevd helse**

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

- Meget god  God  
 Dårlig  Meget dårlig



For følgende tilstander kryss av for hvilket år tilstanden oppsto eller angi årstall for perioden før 1997.

	før 97	97	98	99	00	01	02
Muskelsmerter (myalgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/Fibrositt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tretthetssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmerter ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakkeslengskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose/(b.skjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Brudd**

Underarmen (håndledd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lårhalsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggvirvel (kompresjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Røykevaner**

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? ..... Ja  Nei

Hvis ja, hvor mange sigaretter røykte du i gjennomsnitt pr. dag i perioden 1997-2001?

Årstall	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
1997-2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyker du daglig nå? ..... Ja  Nei

Hvis nei, hvor gammel var du da du sluttet å røyke? .....

Hvor lenge oppholder du deg daglig i rom med tobakksrøyk?

+	På arbeid (ant. hele timer)	<input type="text"/>
	Hjemme (ant. hele timer)	<input type="text"/>

Røykte noen av de voksne hjemme da du var barn? ..... Ja  Nei

Hvis ja,

- Bare mor  Bare far  Begge foreldre.





## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft? +

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Datter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Søster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvor mange helsøsken har du?

(oppgi antall)

Hvilket nummer i søskenflokket er du?

## Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi? Ja  Nei

Hvis ja,

Hvor gammel var du første gangen? (hele år)

Hvor mange ganger har du vært undersøkt?

-etter invitasjon fra Mammografiprogrammet

-etter henvisning fra lege

-uten henvisning fra lege



## Fysisk aktivitet

Er det spesielle helsemessige forhold som har påvirket ditt normale aktivitetsnivå det siste året?

Hvis ja, årsak:

Varighet i hele måneder

### Arbeid hjemme og ute

Hvor mange hele timer pr. uke bruker du i gjennomsnitt på:

Matlaging

Rengjøring

Klesvask

Innkjøp

Hvor mange hele timer pr. dag bruker du på arbeidsplassen i gjennomsnitt til:

Sitte

Stå

Gå

Løfte

Tunge løft/pleie

Hvor mange trapper (hele etasjer) går du i gjennomsnitt pr. dag.

Kryss ja eller nei for hver av følgende aktiviteter du deltar i. Hvis ja, oppgi hvor mange hele timer pr. uke du bruker i gjennomsnitt til hver av aktivitetene.

Eks. trener du 1 time =

Fritidsaktivitet Ja Nei Vinter Vår Sommer Høst

	Ja	Nei	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Eksempel: Jogging	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1	2	1,2
Rask gange (f.eks.tur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rolig gange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jogging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gymnastikk/treningscenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ballspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Konkurransesport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
TV/data (fritiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lesing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Håndarbeid/hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kino/konsert/teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Forening/kurs/bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Spise/sitte stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bilbruk (fritid/helger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Snørydding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dusj/bad/egenpleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Omsorg (barnepass/pleie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Hvor mye sover du i gjennomsnitt pr. døgn? +

	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Nattesøvn (timer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Middagshvil (min.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mange timer pr. uke bruker du i gjennomsnitt til og fra arbeid?

	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Gå	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Offentlig kommunikasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som tur-gåing o.l. Sett kryss over det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Høyde og vekt

Hvor høy er du? (i hele cm.)

Hvor mye veier du i dag? (i hele kg.)

## Kosthold

Påvirker noen av følgende forhold kostholdet ditt?

(sett gjerne flere kryss)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er vegetarianer/veganer           | <input type="checkbox"/> Har anoreksi           |
| <input type="checkbox"/> Spiser ikke norsk kost til daglig |   |
| <input type="checkbox"/> Har allergi/intoleranse           | <input type="checkbox"/> Har bulimi             |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sykdom                    | <input type="checkbox"/> Prøver å gå ned i vekt |

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er vanligvis. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i gjennomsnitt siste året har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier å spise/drikke hver gang.

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Helmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kopper kaffe drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Kokekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange glass appelsinjuice, saft og brus drikker du vanligvis? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Appelsinjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus sukkerfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri/sjelden | <input type="checkbox"/> 2-3 pr. uke |
| <input type="checkbox"/> 1 pr. uke     | <input type="checkbox"/> 4+ pr. uke  |

Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri/sjelden | <input type="checkbox"/> 4-6 pr. uke |
| <input type="checkbox"/> 1-3 pr. uke   | <input type="checkbox"/> 1 pr. dag   |

Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(1/2 rundstykke = 1 brødskeive) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/halvfint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knekkebrød o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødskeiver med det aktuelle pålegget du pleier å spise. Dersom du også bruker matvarene i andre sammenhenger enn til brød (f. eks. til vafler, frokostblandinger, grøt), ber vi om at du tar med dette når du besvarer spørsmålene.

På hvor mange brødskeiver bruker du? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttpålegg, Leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På hvor mange brødskeiver pr. uke har du i gjennomsnitt siste året spist? (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

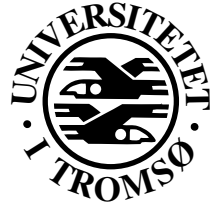
Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet? (Sett gjerne flere kryss)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bruker ikke fett på brødet                     |
| <input type="checkbox"/> Smør   |
| <input type="checkbox"/> Hard margarin (f. eks. Per, Melange)           |
| <input type="checkbox"/> Myk margarin (f. eks. Soft, Vita og Solsikke)  |
| <input type="checkbox"/> Smørblandet margarin (f. eks. Bremyk)          |
| <input type="checkbox"/> Brelett  |
| <input type="checkbox"/> Lettmargarin (f. eks. Soft light, Letta)       |
| <input type="checkbox"/> Middels lett margarin (f. eks. Olivero, Omega) |

Dersom du bruker fett på brødet, hvor tykt lag pleier du smøre på? (En kuvertpakke med margarin veier 12 gram). (Sett ett kryss)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skrapet (3 g)  | <input type="checkbox"/> Godt dekket (8 g) |
| <input type="checkbox"/> Tynt lag (5 g) | <input type="checkbox"/> Tykt lag (12 g)   |





## KVINNER OG KREFT

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø gjennomfører en spørreundersøkelse om leveste og kreft blant kvinner i Norge. En slik undersøkelse gir et verdifullt grunnlag for å studere mulige sammenhenger mellom f.eks. kosthold, barnefødsler, p-piller, solvaner og utviklingen av kreft. Resultatet vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Du forespørres hermed om å delta i undersøkelsen. Alle som blir forespurert er trukket ut tilfeldig. Statistisk Sentralbyrå har trukket utvalget og står for utsending av spørreskjemaene.

Med noen års mellomrom fram til 2035 vil vi sammenholde opplysningene som er gitt i undersøkelsen mot opplysninger fra Kreftregisteret, Mammografiregisteret og Dødsårsaksregisteret. Samtykket fra deg for dette vil være ensbetydende med returnering av utfylt spørreskjema. Alle opplysninger fra undersøkelsen og fra registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse, samt tillatelse fra Sosial- og helsedirektoratet. På spørreskjemaet er navn og fødselsnummer erstattet med et løpenummer slik at ingen av de som mottar og tar hånd om skjemaene vil kjenne din identitet. Undersøkelsen er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge.

Hvis du vil delta i undersøkelsen, ber vi deg besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av de oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelle tilleggsopplysninger i skjemaet.

Det vil senere bli aktuelt å samle inn blodprøver fra noen av deltakerne. Dette vil skje hos lege, og vil være gratis. Det vil også bli aktuelt å spørre noen av deltakerne om å være med på et kostholdsintervju over telefon. Bare de av deltakerne som på forhånd har krysset av for at de er villig til å bli kontaktet på nytt og/eller til å bli spurt om å avgi blodprøve, vil få henvendelse om dette. Det vil da bli gitt nærmere informasjon og innhentet samtykke til dette.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen. Det er adgang til å trekke seg senere, hvis du skulle ønske det. Du får slettet dine opplysninger hvis du krever det. Undersøkelsen avsluttes 31.12.2035

For spørsmål om hormoner og p-pillebruk finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel til å svare riktig (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet returneres i vedlagte konvolutt med betalt svarporto.

Med hilsen

Eiliv Lund  
professor dr.med.

Bente A. Augdal  
prosjektmedarbeider





## Bilder av hormoner til bruk i og etter overgangsalderen (østrogen)

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster du har brukt.

Alle som er nevnt eller avbildet nedenfor har vært i salg mellom 1998 og 2004. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormon-tabletter/plaster du har brukt. Enkelte preparater er ikke gjengitt med bilder, det gjelder:

- Nr. 104 Etifollin 50 mcg tabletter, solgt fra 1953-2000
- Nr. 121 Menorest 37,5 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 122 Menorest 50 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 123 Menorest 75 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 124 Menorest 100 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 196 Primolut tabletter, solgt fra 1958-
- Nr. 197 Perlutex tabletter, solgt fra 1960-
- Nr. 199 Provera 5 og 10 mg tabletter, solgt fra 1964-



Nr. 101 Cyclabil  
Solgt fra 1978



Nr. 102  
Trisekvens  
Solgt fra 1978



Nr. 103  
Trisekvens Forte  
Solgt fra 1978



Nr. 105  
Kliogest  
Solgt fra 1988



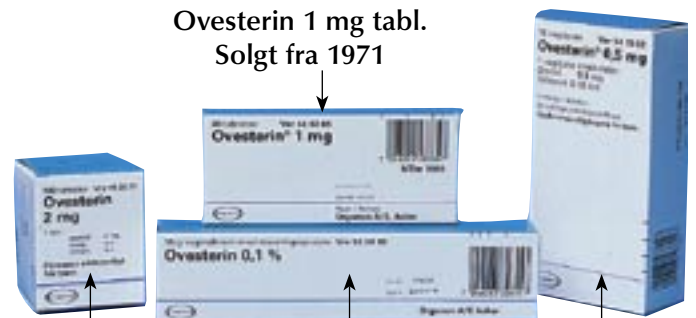
Nr. 107 Progynova 2mg  
Solgt fra 1967

Nr. 106 Progynova 1mg Solgt fra 1970

Nr. 110  
Estracomb  
Solgt fra 1994-2002



Nr. 111  
Ovesterin 1 mg tabl.  
Solgt fra 1971



Nr. 112  
Ovesterin 2 mg tabl.  
Solgt fra 1989

Nr. 113  
Ovesterin krem  
Solgt fra 1983

Nr. 114  
Ovesterin vag.  
Solgt fra 1984



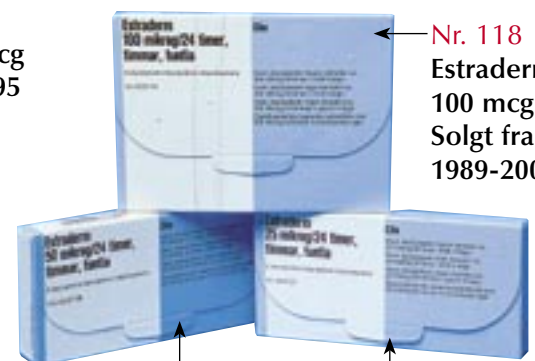
Nr. 115  
Evorel 100 mcg  
Solgt fra 1995



Nr. 116  
Evorel 25 mcg  
Solgt fra 1995



Nr. 117  
Evorel 50 mcg  
Solgt fra 1994



Nr. 118  
Estraderm  
100 mcg  
Solgt fra 1989-2002

Nr. 119  
Estraderm  
50 mcg  
Solgt fra 1989-2002

Nr. 120  
Estraderm  
25 mcg  
Solgt fra 1989

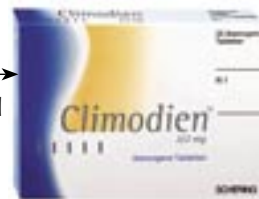
Estraderm produseres av "Novartis". Fantes og som Estraderm Matrix.



Nr. 125  
Estring  
Solgt fra 1996



Nr. 136 Vagifem  
Solgt fra 2000



Nr. 138  
Climodien  
Solgt fra 2001



Nr. 127  
Climara 100 mcg  
Solgt fra 1997



Nr. 126  
Climara  
50 mcg  
Solgt fra 1997



Nr. 139 Oestriol 1 mg  
Solgt fra 1999



Nr. 140 Oestriol 2 mg  
Solgt fra 1999



Nr. 128  
Livial  
Solgt fra 1999



Nr. 141  
Novofem  
Solgt fra 2002

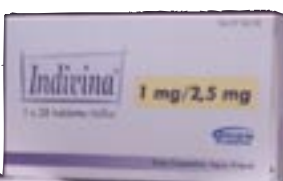


Nr. 143  
Estradot 50 mcg

Nr. 142  
Estradot  
37,5 mcg

Nr. 144  
Estradot 75 mcg

Nr. 145  
Estradot 100 mcg

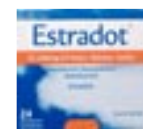


Nr. 130  
Indivina 1mg/2,5 mg  
Solgt fra 2001



Nr. 132  
Indivina 2 mg/5 mg  
Solgt fra 2001

Nr. 131  
Indivina 1mg/5 mg  
Solgt fra 2001



Nr. 149  
Solgt fra 2004  
Estradot 25mcg



Nr. 133 Diviseq  
Solgt fra 2001-2003



Nr. 146  
Estalis  
Solgt fra 2002



Nr. 147  
Estalis Sekvens  
Solgt fra 2003



Nr. 134  
Climen  
Solgt fra 1999



Nr. 135 Activelle  
Solgt fra 1999



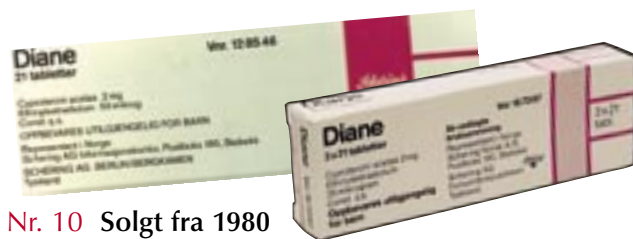
Nr. 148  
Totelle Sekvens  
Solgt fra 2003



# Bilder av P-pille merker i salg 1965-2003

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de p-piller du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år p-pillene var i salg. For noen p-piller finnes det esker med samme utseende, men med ulik størrelse, anhengig av om de inneholder p-piller for en eller flere måneder. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de p-pillene du har brukt. Av noen p-piller/merker har vi ikke bilder, det gjelder:

- Nr. 1. Follistrel, solgt fra 1973–76
- Nr. 2. Menokvens, solgt fra 1971–72
- Nr. 3. Novokvens, solgt fra 1969–70
- Nr. 5. Anovlar Mite, solgt fra 1967–69
- Nr. 8. Consan, solgt fra 1968–70
- Nr. 9. Delpregnin, solgt fra 1968–71
- Nr. 14. Kombikvens, solgt fra 1971–75
- Nr. 20. Micronor, solgt fra 1971–79
- Nr. 22. Norlestrin, solgt fra 1965–80
- Nr. 23. Nyo-Kon, solgt fra 1968–70
- Nr. 26. Ortho-Novin Mite, solgt fra 1968–72
- Nr. 39. Implanon, solgt fra 2002
- Nr. 43. Jadelle, solgt fra 2004



Nr. 10 Solgt fra 1980



Nr. 11 Solgt fra 1969



Nr. 12 Solgt fra 1973



Nr. 4 Solgt fra 1965-68



Nr. 13 Solgt fra 1978



Nr. 6.  
Solgt  
fra  
1980



Nr. 15 Solgt fra  
1966-72

Nr. 16 Solgt fra 1965

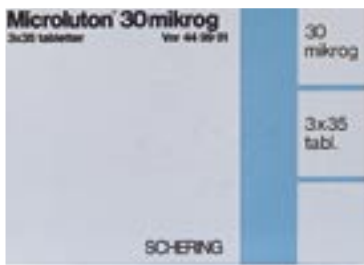
Nr. 17 Solgt fra 1985



Nr. 7 Solgt  
fra 1971



Nr. 18 Solgt fra 1975



Nr. 19 Solgt fra 1973



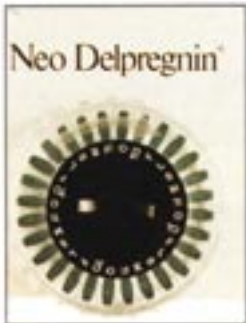
Nr. 29 Solgt fra 1973-82



Nr. 30 Solgt fra 1968-84



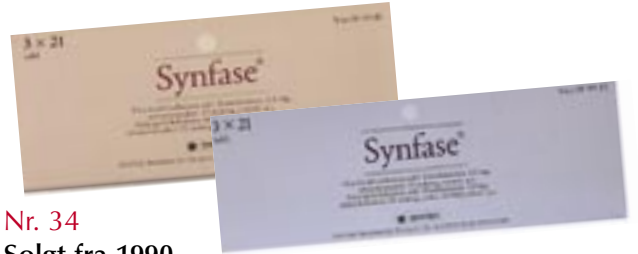
Nr. 33 Solgt fra 1967-69



Nr. 21 Solgt fra 1971-79



Nr. 31 Solgt fra 1977



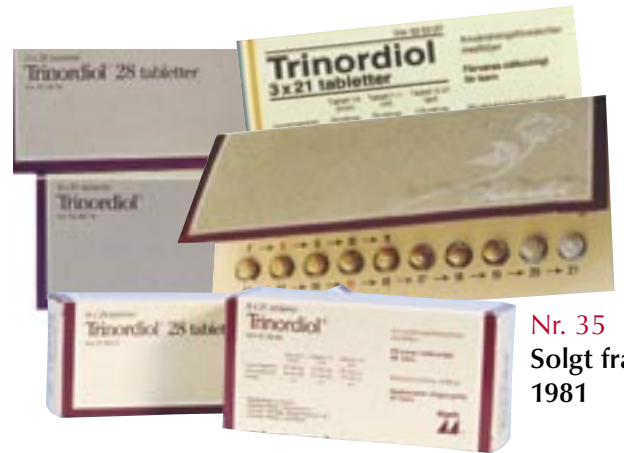
Nr. 34 Solgt fra 1990



Nr. 24 Solgt fra 1971-81



Nr. 32 Solgt fra 1969-70



Nr. 35 Solgt fra 1981

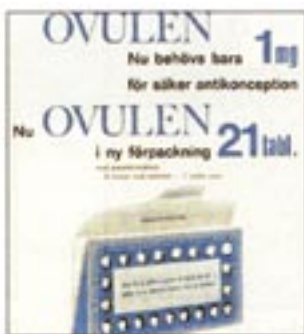


Nr. 25 Solgt fra 1966-69



Nr. 36 Solgt fra 1981

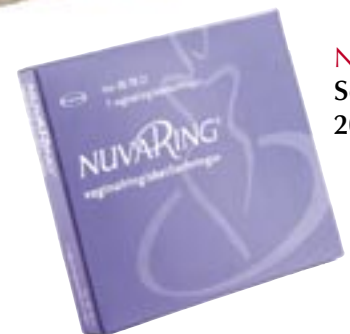
Nr. 38 Solgt fra 2002



Nr. 27 Solgt fra 1965-71



Nr. 37 Solgt fra 2001



Nr. 40 Solgt fra 2003



Nr. 28 Solgt fra 1970



Nr. 41 Solgt fra 2003



Nr. 42 Solgt fra 2004

**TAKK FOR INNSATSEN!**



# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

Vinter 2005

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig.

Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen  
Eiliv Lund  
Professor dr. med

Jeg samtykker i å delta i JA   
spørreskjemaundersøkelsen NEI

### Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)

gift  samboer  ugift  skilt  enke

Hvor mange års skolegang/yrkesutdannelse har du i alt, ta med folkeskole og ungdomsskole?

Hvor mange personer er det i ditt hushold?.....

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

under 150.000 kr.  151.000-300.000 kr.   
301.000-450.000 kr.  451.000-600.000 kr.   
601.000-750.000 kr.  over 750.000 kr.

Hva er din arbeidssituasjon? (sett kryss)

Arbeider heltid  Arbeider deltid  Pensjonist  
 Hjemmearbeidende  Under utdanning  Uføretrygdet  
 Under attføring  Arbeidssøkende

Yrke:

### Høyde og vekt

Hvor høy er du? (i hele cm.).....

Hvor mye veide du da du var 18 år? (i hele kg.)

Hvor mye veier du i dag? (i hele kg.).....

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss)

veldig tynn  tynn  normal  tykk  veldig tykk

### Menstruasjonsforhold

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?

Hvor mange år tok det før menstruasjonen ble regelmessig?

Ett år eller mindre  Mer enn ett år  
 Aldri  Husker ikke

### Overgangsalder

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

Ja  Har uregelmessig menstruasjon  
 Vet ikke (menstruasjon uteblitt pga. sykdom o.l.)  
 Bruk av hormonpreparat med østrogen  
 Nei

Hvis Nei;

har den stoppet av seg selv?.....   
operert vekk eggstokkene?.....   
operert vekk livmoren?.....   
annet?.....

Alder da menstruasjonen opphørte?

### Graviditeter, fødsler og amming

Har du noen gang vært gravid? Ja  Nei

Hvis Ja; fyll ut for hvert barn du har født opplysninger om fødselsår og antall måneder du ammet (fylles også ut for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). Dersom du ikke har født barn fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming	Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogen-tabletter/plaster?..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor mange år har du brukt østrogen-tabletter/plaster i alt?.....

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogen-tabletter/plaster?.....

Bruker du tabletter/plaster nå?..... Ja  Nei

**UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM HAR BRUKT ELLER BRUKER PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM AV TABLETTER ELLER PLASTER.**

Hvis du har svart «nei» på spørsmålene om hormonbruk i overgangsalderen, kan du gå videre til spørsmålene under «P-pillebruk». Har du svart «ja», ber vi deg utdype dette nærmere ved å svare på spørsmålene nedenfor. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet, sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormontabletten/plasteret som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/sammenhengende		Nr.	Navn på hormontablett/plaster/ (se brosjyre)
		år	måned		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Angi nr. her dersom du bruker to preparater <input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Angi nr. her dersom du bruker to preparater <input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Angi nr. her dersom du bruker to preparater <input type="text"/>

**P-pillebruk**

Har du brukt p-piller eller minipiller? ..... Ja  Nei

Hvis ja, hvor mange år har du brukt p-piller i alt .....

Bruker du p-piller nå? ..... Ja  Nei

For p-pillebruk ønsker vi å få vite navnet på p-pillen, årstallet du startet å bruke den og hvor lenge du brukte dette merket sammenhengende. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke start på ny linje. For å hjelpe deg å huske navnet ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren. Vennligst oppgi nummeret på p-pillen.

Periode	Alder ved start	Brukt samme p-piller sammenhengende		Nr.	P-piller (se brosjyre) Navn
		år	måned		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hormonspiral**

Har du noen gang brukt hormonspiral (Levonova)? ..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor mange hele år har du brukt hormonspiral i alt? .....

Hvor gammel var du første gang du fikk innsatt hormonspiral? .....

Bruker du hormonspiral nå? ..... Ja  Nei

**Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden**

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? ..... Ja  Nei

Hvis Ja; bruker du krem/stikkpille nå? ..... Ja  Nei

**Andre legemidler**

Bruker du noen av disse legemidlene daglig nå?

- Fontex, Fluoxetin ..... Ja  Nei
- Cipramil, Citalopram, Desital ..... Ja  Nei
- Seroxat, Paroxetin ..... Ja  Nei
- Zoloft ..... Ja  Nei
- Fevarin ..... Ja  Nei
- Cipralext ..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt dette legemidlet sammenhengende? Måneder  År

Har du benyttet noen av disse legemidlene tidligere? Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du benyttet disse legemidlene i alt? År

**Sykdom**

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppøst lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



## Røykevaner

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? Ja  Nei

Hvor gammel var du da du tok din første sigarett?

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut for hver aldersgruppe i livet hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røykte pr. dag i den perioden.

Alder	Antall sigaretter hver dag						
	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
10-14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyker du daglig nå? Ja  Nei

Røykte noen av dine foreldre da du var barn? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røykte de til sammen pr. dag?

## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft?

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Din datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Din mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Din søster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvor mange søstre har du (ta med evt. døde)

Hvor mange døtre har du (ta med evt. døde)

## Selvopplevd helse

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

Meget god  God  Dårlig  Meget dårlig

## Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi Nei  Ja

Hvis Ja; hvor mange år er det siden du sist var til mammografi? (hele år)

Har du hatt noen form for operasjon av bryst(ene)? Alder (år)

Godartet kul (angi alder for første gang)

Brystreduksjon (angi alder)

Brystinnlegg (silikon)

Annet (angi)

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som tur-gåing o.l. Sett kryss over det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hvor mange timer pr. dag i gjennomsnitt går eller spaserer du utendørs?

	sjelden/aldri	mindre enn 1/2 time	1/2-1 time	1-2 timer	mer enn 2 timer
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alkohol

Er du totalavholdskvinne? Ja  Nei

Hvis Nei; hvor ofte og hvor mye drakk du i gjennomsnitt siste året? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Øl (1/2 l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin (drink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likør/Hetvin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Solvaner

Får du fregner når du soler deg? .....Ja  Nei

Hvilken øyefarge har du? (sett ett kryss) **+**

brun  grå, grønn eller blanding  blå

Hva er din opprinnelige hårfarge? (sett ett kryss)

mørkbrun, svart  brun  blond, gul  rød

**For å kunne studere effekten av soling på risiko for hudkreft ber vi deg gi opplysninger om hudfarge**

Sett ett kryss på det tallet under fargen som best passer din naturlige hudfarge (uten soling) **+**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie og blemmer med avflassing etterpå?** (ett kryss for hver aldersgruppe)

Alder	Aldri	Høyst 1 gang pr. år	2-3 g. pr. år	4-5 g. pr. år	6 eller flere ganger
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uker soler du deg pr. år i syden?**

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	6 uker eller mer
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uker pr. år soler du deg i Norge eller utenfor syden?** **+**

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	6 uker eller mer
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor ofte dusjer eller bader du?**

	mer enn 1 g. dagl.	1 g. dagl.	4-6 g. pr. uke	2-3 g. pr. uke	1 g. pr. uke	2-3 g. pr. mnd	sjelden/aldri
Med såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Når bruker du krem med solfaktor?** (sett evt. flere kryss):

i påsken  i Norge eller utenfor syden  solferie i syden  aldri

**Hvilken solfaktor bruker du i disse periodene?**

	påsken	i Norge eller utenfor syden	solferie i syden
I dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For 10 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor ofte har du solt deg i solarium?**

Alder	Aldri	Sjelden	1 gang pr. mnd.	2 ganger pr. mnd.	3-4 ganger pr. mnd.	oftere enn 1 gang pr. uke
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uregelmessige føflekker større enn 5 mm har du sammenlagt på begge beina (fra tærne til lysken)?** Tre eksempler på føflekker større enn 5 mm med uregelmessig form er vist i nedenfor.

0  1  2-3  4-6  7-12  13-24  25+



5 mm

**Hvor ofte bruker du følgende hudpleiemidler?** **+**

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr.mnd.	1 pr.uke	2-4 pr.uke	5-6 pr.uke	1 pr.dag	2+ pr. dag
Ansiktskrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndkrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Body lotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Til slutt vil vi spørre deg om ditt samtykke til å kontakte deg på nytt pr. post. Vi vil hente adressen fra det sentrale personregister.**

Ja  Nei

**Er du villig til å avgi en blodprøve?**

Ja  Nei

*Takk for at du ville delta i undersøkelsen*



## KVINNER OG KREFT

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø gjennomfører en spørreundersøkelse om leveste og kreft blant kvinner i Norge. En slik undersøkelse gir et verdifullt grunnlag for å studere mulige sammenhenger mellom f.eks. kosthold, barnefødsler, p-piller, solvaner og utviklingen av kreft. Resultatet vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Du forespørres hermed om å delta i undersøkelsen. Alle som blir forespurert er trukket ut tilfeldig. Statistisk Sentralbyrå har trukket utvalget og står for utsending av spørreskjemaene.

Med noen års mellomrom fram til 2035 vil vi sammenholde opplysningene som er gitt i undersøkelsen mot opplysninger fra Kreftregisteret, Mammografiregisteret og Dødsårsaksregisteret. Samtykket fra deg for dette vil være ensbetydende med returnering av utfylt spørreskjema. Alle opplysninger fra undersøkelsen og fra registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse, samt tillatelse fra Sosial- og helsedirektoratet. På spørreskjemaet er navn og fødselsnummer erstattet med et løpenummer slik at ingen av de som mottar og tar hånd om skjemaene vil kjenne din identitet. Undersøkelsen er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge.

Hvis du vil delta i undersøkelsen, ber vi deg besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av de oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelle tilleggsopplysninger i skjemaet.

Det vil senere bli aktuelt å samle inn blodprøver fra noen av deltakerne. Dette vil skje hos lege, og vil være gratis. Det vil også bli aktuelt å spørre noen av deltakerne om å være med på et kostholdsintervju over telefon. Bare de av deltakerne som på forhånd har krysset av for at de er villig til å bli kontaktet på nytt og/eller til å bli spurt om å avgi blodprøve, vil få henvendelse om dette. Det vil da bli gitt nærmere informasjon og innhentet samtykke til dette.

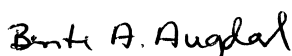
Det er frivillig å være med i undersøkelsen. Det er adgang til å trekke seg senere, hvis du skulle ønske det. Du får slettet dine opplysninger hvis du krever det. Undersøkelsen avsluttes 31.12.2035

For spørsmål om hormoner og p-pillebruk finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel til å svare riktig (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet returneres i vedlagte konvolutt med betalt svarporto.

Med hilsen



Eiliv Lund  
professor dr.med.



Bente A. Augdal  
prosjektmedarbeider





## Bilder av hormoner til bruk i og etter overgangsalderen (østrogen)

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster du har brukt. Alle som er nevnt eller avbildet nedenfor har vært i salg mellom 1998 og 2005. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormon-tabletter/plaster du har brukt. Enkelte preparater er ikke gjengitt med bilder, det gjelder:

- Nr. 104 Etifollin 50 mcg tabletter, solgt fra 1953-2000
- Nr. 121 Menorest 37,5 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 122 Menorest 50 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 123 Menorest 75 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 124 Menorest 100 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 196 Primolut tabletter, solgt fra 1958-
- Nr. 197 Perlutex tabletter, solgt fra 1960-
- Nr. 199 Provera 5 og 10 mg tabletter, solgt fra 1964-



Nr. 101 Cyclabil  
Solgt fra 1978



Nr. 102 Trisekvens  
Solgt fra 1978



Nr. 103 Trisekvens Forte  
Solgt fra 1978



Nr. 105 Kliogest  
Solgt fra 1988



Nr. 106 Progynova 1mg  
Solgt fra 1970



Nr. 107 Progynova 2mg  
Solgt fra 1967



Nr. 110 Estracomb  
Solgt fra 1994-2002



Nr. 111 Ovesterin 1 mg tabl.  
Solgt fra 1971



Nr. 112 Ovesterin 2 mg tabl.  
Solgt fra 1989



Nr. 113 Ovesterin krem  
Solgt fra 1983



Nr. 114 Ovesterin vag.  
Solgt fra 1984



Nr. 116 Evorel 25 mcg  
Solgt fra 1995



Nr. 117 Evorel 50 mcg  
Solgt fra 1994



Nr. 115 Evorel 100 mcg  
Solgt fra 1995



(Estraderm produseres av "Novartis".  
Fantes og som Estraderm Matrix.)  
Nr. 120 Estraderm 25 mcg  
Solgt fra 1989



(Estraderm produseres av "Novartis".  
Fantes og som Estraderm Matrix.)  
Nr. 119 Estraderm 50 mcg  
Solgt fra 1989-2002



(Estraderm produseres av "Novartis".  
Fantes og som Estraderm Matrix.)

**Nr. 118** Estraderm 100 mcg  
Solgt fra 1989-2002



**Nr. 125** Estring  
Solgt fra 1996



**Nr. 126** Climara 50 mcg  
Solgt fra 1997



**Nr. 127** Climara 100 mcg  
Solgt fra 1997



**Nr. 128** Livial  
Solgt fra 1999



**Nr. 130** Indivina 1mg/2,5 mg  
Solgt fra 2001



**Nr. 131** Indivina 1mg/5 mg  
Solgt fra 2001



**Nr. 132** Indivina 2 mg/5 mg  
Solgt fra 2001



**Nr. 133** Diviseq  
Solgt fra 2001-2003



**Nr. 134** Climen  
Solgt fra 1999



**Nr. 135** Activelle  
Solgt fra 1999



**Nr. 136** Vagifem  
Solgt fra 2000



**Nr. 138** Climodien  
Solgt fra 2001



**Nr. 139** Oestriol 1 mg  
Solgt fra 1999



**Nr. 140** Oestriol 2 mg  
Solgt fra 1999



**Nr. 141** Novofem  
Solgt fra 2002



**Nr. 149** Estradot 25mcg  
Solgt fra 2004



**Nr. 142** Estradot 37,5 mcg  
Solgt fra 2002



**Nr. 143** Estradot 50 mcg  
Solgt fra 2002



**Nr. 144** Estradot 75 mcg  
Solgt fra 2002



**Nr. 145** Estradot 100 mcg  
Solgt fra 2002



**Nr. 146** Estalis  
Solgt fra 2002



**Nr. 147** Estalis Sekvens  
Solgt fra 2003



**Nr. 148** Totelle Sekvens  
Solgt fra 2003



# Bilder av P-pille merker i salg 1965-2004

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktige navn på de p-piller du har brukt. Under bildene er det oppgitt hvilke år p-pillene var i salg. For noen p-piller finnes det esker med samme utseende, men med ulik størrelse, anhengig av om de inneholder p-piller for en eller flere måneder. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de p-pillene du har brukt. Av noen p-piller/merker har vi ikke bilder, det gjelder:

- Nr. 1. Follistrel, solgt fra 1973–76
- Nr. 2. Menokvens, solgt fra 1971–72
- Nr. 3. Novokvens, solgt fra 1969–70
- Nr. 5. Anovlar Mite, solgt fra 1967–69
- Nr. 8. Consan, solgt fra 1968–70
- Nr. 9. Delpregnin, solgt fra 1968–71
- Nr. 14. Kombikvens, solgt fra 1971–75
- Nr. 20. Micronor, solgt fra 1971–79
- Nr. 22. Norlestrin, Solgt fra 1965-1980
- Nr. 23. Nyo-kon, Solgt fra 1968-1970
- Nr. 26. Ortho Novin Mite, Solgt fra 1968-1972
- Nr. 39. Implanon, solgt fra 2002
- Nr. 43. Jadelle, solgt fra 2004



Nr. 04 Anovlar  
Solgt fra 1965-1968



Nr. 06 Brevicon  
Solgt fra 1980



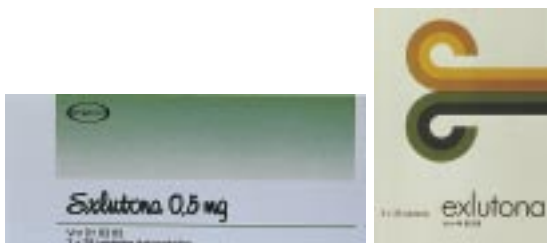
Nr. 07 Concludag  
Solgt fra 1971



Nr. 10 Diane  
Solgt fra 1980



Nr. 11 Eugynon  
Solgt fra 1969



Nr. 12 Exlutona  
Solgt fra 1973



Nr. 13 Follimin  
Solgt fra 1978



Nr. 15 Lyndiol Mite  
Solgt fra 1966-1972



Nr. 16 Lyndiol  
Solgt fra 1965



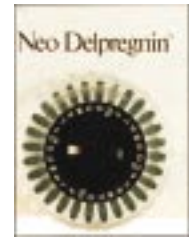
Nr. 17 Marvelon  
Solgt fra 1985



Nr. 18 Microgynon  
Solgt fra 1975



Nr. 19 Microluton  
Solgt fra 1973



Nr. 21 Neo Delpregnin  
Solgt fra 1971-1979



Nr. 24 Orthonett  
Solgt fra 1971-1981



Nr. 25 Ortho Novin  
Solgt fra 1966-1969



Nr. 27 Ovulen  
Solgt fra 1965-1971



Nr. 28 Ovulen Novum  
Solgt fra 1970



Nr. 29 Pilomin  
Solgt fra 1973-82



Nr. 30 Piloval  
Solgt fra 1968-1984



Nr. 31 Restovar  
Solgt fra 1977



Nr. 32 Sekvens  
Solgt fra 1969-1970



Nr. 33 Sequens  
Solgt fra 1967-69



Nr. 34 Synfase  
Solgt fra 1990



Nr. 37 Yasmin  
Solgt fra 2001



Nr. 35 Trinordiol  
Solgt fra 1981



Nr. 36 Trionetta  
Solgt fra 1981



Nr. 38 Loette  
Solgt fra 2002



Nr. 40 Nuva Ring  
Solgt fra 2003



Nr. 41 Evra  
Solgt fra 2003



Nr. 42 Cerazette  
Solgt fra 2004

Takk for innsatsen!



# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

Høst 2005

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig.

Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen  
Eiliv Lund  
Professor dr. med

Jeg samtykker i å delta i JA   
spørreskjemaundersøkelsen NEI

### Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)

gift  samboer  ugift  skilt  enke

Hvor mange års skolegang/yrkesutdannelse har du i alt, ta med folkeskole og ungdomsskole?

Hvor mange personer er det i ditt hushold?.....

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

under 150.000 kr.  151.000-300.000 kr.   
301.000-450.000 kr.  451.000-600.000 kr.   
601.000-750.000 kr.  over 750.000 kr.

Hva er din arbeidssituasjon? (sett kryss)

Arbeider heltid  Arbeider deltid  Pensjonist  
 Hjemmearbeidende  Under utdanning  Uføretrygdet  
 Under attføring  Arbeidssøkende

Yrke:

### Høyde og vekt

Hvor høy er du? (i hele cm.).....

Hvor mye veide du da du var 18 år? (i hele kg.)

Hvor mye veier du i dag? (i hele kg.).....

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss)

veldig tynn  tynn  normal  tykk  veldig tykk

### Menstruasjonsforhold

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?

Hvor mange år tok det før menstruasjonen ble regelmessig?

Ett år eller mindre  Mer enn ett år  
 Aldri  Husker ikke

### Overgangsalder

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

Ja  Har uregelmessig menstruasjon  
 Vet ikke (menstruasjon uteblitt pga. sykdom o.l.)  
 Bruk av hormonpreparat med østrogen  
 Nei

Hvis Nei;

har den stoppet av seg selv?.....   
operert vekk eggstokkene?.....   
operert vekk livmoren?.....   
annet?.....

Alder da menstruasjonen opphørte?

### Graviditeter, fødsler og amming

Har du noen gang vært gravid? Ja  Nei

Hvis Ja; fyll ut for hvert barn du har født opplysninger om fødselsår og antall måneder du ammet (fylles også ut for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). Dersom du ikke har født barn fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming	Barn	Fødselsår	Antall måneder med amming
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogen-tabletter/plaster?..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor mange år har du brukt østrogen-tabletter/plaster i alt?.....

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogen-tabletter/plaster?.....

Bruker du tabletter/plaster nå?..... Ja  Nei

**UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM HAR BRUKT  
ELLER BRUKER PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM  
AV TABLETTER ELLER PLASTER.**

Hvis du har svart «nei» på spørsmålene om hormonbruk i overgangsalderen, kan du gå videre til spørsmålene under «P-pillebruk». Har du svart «ja», ber vi deg utdype dette nærmere ved å svare på spørsmålene nedenfor. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet, sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormontablett/plasteret som står i brosjyren.



Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/sammenhengende		Nr.	Navn på hormontablett/plaster/ (se brosjyre)
		år	måned		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Angi nr. her dersom du bruker to preparater			<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Angi nr. her dersom du bruker to preparater			<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Angi nr. her dersom du bruker to preparater			<input type="text"/>	<input type="text"/>

**P-pillebruk**

Har du brukt p-piller eller minipiller? ..... Ja  Nei

Hvis ja, hvor mange år har du brukt p-piller i alt .....

Bruker du p-piller nå? ..... Ja  Nei

For p-pillebruk ønsker vi å få vite navnet på p-pillen, årstallet du startet å bruke den og hvor lenge du brukte dette merket sammenhengende. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke start på ny linje. For å hjelpe deg å huske navnet ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren. Vennligst oppgi nummeret på p-pillen.

Periode	Alder ved start	Brukt samme p-piller sammenhengende		Nr.	P-piller (se brosjyre)
		år	måned		
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**Hormonspiral**

Har du noen gang brukt hormonspiral (Levonova)? ..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor mange hele år har du brukt hormonspiral i alt? .....

Hvor gammel var du første gang du fikk innsatt hormonspiral? .....

Bruker du hormonspiral nå? ..... Ja  Nei

**Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden**

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? ..... Ja  Nei

Hvis Ja; bruker du krem/stikkpille nå? ..... Ja  Nei



**Andre legemidler**

Bruker du noen av disse legemidlene daglig nå?

Fontex, Fluoxetin ..... Ja  Nei

Cipramil, Citalopram, Desital ..... Ja  Nei

Seroxat, Paroxetin ..... Ja  Nei

Zoloft ..... Ja  Nei

Fevarin ..... Ja  Nei

Cipralax ..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt dette legemidlet sammenhengende? Måneder  År

Har du benyttet noen av disse legemidlene tidligere? Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du benyttet disse legemidlene i alt? År

**Sykdom**

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppsoekt lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



## Røykevaner

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? Ja  Nei

Hvor gammel var du da du tok din første sigarett?

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut for hver aldersgruppe i livet hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røykte pr. dag i den perioden.

Alder	Antall sigaretter hver dag						
	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
10-14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Røyker du daglig nå? Ja  Nei

Røykte noen av dine foreldre da du var barn? Ja  Nei

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røykte de til sammen pr. dag?

## Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft?

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Din datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Din mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Din søster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvor mange søstre har du (ta med evt. døde)

Hvor mange døtre har du (ta med evt. døde)

## Selvopplevd helse

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

Meget god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>

## Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi Nei  Ja

Hvis Ja;

hvor mange år er det siden du sist var til mammografi? (hele år)

Har du hatt noen form for operasjon av bryst(ene)?

Godartet kul (angi alder for første gang)

Brystreduksjon (angi alder)

Brystinnlegg (silikon)

Annet (angi)

Alder (år)

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet, samt trening og annen fysisk aktivitet som tur-gåing o.l. Sett kryss over det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hvor mange timer pr. dag i gjennomsnitt går eller spaserer du utendørs?

	sjelden/aldri	mindre enn 1/2 time	1/2-1 time	1-2 timer	mer enn 2 timer
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alkohol

Er du totalavholdskvinne? Ja  Nei

Hvis Nei; hvor ofte og hvor mye drakk du i gjennomsnitt siste året? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Øl (1/2 l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin (drink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likør/Hetvin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Solvaner

Får du fregner når du soler deg? .....Ja  Nei

Hvilken øyefarge har du? (sett ett kryss) **+**

brun  grå, grønn eller blanding  blå

Hva er din opprinnelige hårfarge? (sett ett kryss)

mørkbrun, svart  brun  blond, gul  rød

**For å kunne studere effekten av soling på risiko for hudkreft ber vi deg gi opplysninger om hudfarge**

Sett ett kryss på det tallet under fargen som best passer din naturlige hudfarge (uten soling)



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie og blemmer med avflassing etterpå?** (ett kryss for hver aldersgruppe)

Alder	Aldri	Høyst 1 gang pr. år	2-3 g. pr. år	4-5 g. pr. år	6 eller flere ganger
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uker soler du deg pr. år i syden?**

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	6 uker eller mer
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uker pr. år soler du deg i Norge eller utenfor syden?**

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	6 uker eller mer
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Hvor ofte dusjer eller bader du?**

	mer enn 1 g. dagl.	1 g. dagl.	4-6 g. pr. uke	2-3 g. pr. uke	1 g. pr. uke	2-3 g. pr. mnd	sjelden/aldri
Med såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Når bruker du krem med solfaktor?** (sett evt. flere kryss):

i påsken  i Norge eller utenfor syden  solferie i syden  aldri

**Hvilken solfaktor bruker du i disse periodene?**

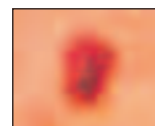
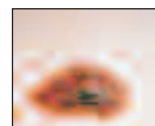
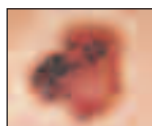
	påsken	i Norge eller utenfor syden	solferie i syden
I dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For 10 år siden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor ofte har du solt deg i solarium?**

Alder	Aldri	Sjelden	1 gang pr. mnd.	2 ganger pr. mnd.	3-4 ganger pr. mnd	oftere enn 1 gang pr. uke
Før 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange uregelmessige føflekker større enn 5 mm har du sammenlagt på begge beina (fra tærne til lysken)?** Tre eksempler på føflekker større enn 5 mm med uregelmessig form er vist i nedenfor.

0  1  2-3  4-6  7-12  13-24  25+



5 mm

**Hvor ofte bruker du følgende hudpleiemidler?** **+**

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr.mnd.	1 pr.uke	2-4 pr.uke	5-6 pr.uke	1 pr.dag	2+ pr. dag
Ansiktskrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndkrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Body lotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Til slutt vil vi spørre deg om ditt samtykke til å kontakte deg på nytt pr. post. Vi vil hente adressen fra det sentrale personregister.**

Ja  Nei

**Er du villig til å avgi en blodprøve?**

Ja  Nei

**Takk for at du ville delta i undersøkelsen**



# *Undersøkelsen*

## **“KVINNER OG KREFT”**



*Vi minner om at vi nylig har sendt deg et spørreskjema som vi håper du tar deg tid til å svare på. Ditt svar er et viktig bidrag for oss, fordi slutningene vi kan trekke ut fra undersøkelsen vil være mer pålitelige dersom mange har svart.*

*Vi ønsker at resultatene fra undersøkelsen skal komme deg og andre kvinner til gode. Du velger likevel selv om du vil delta i undersøkelsen.*

*Hvis du nylig har returnert skjemaet, ber vi deg se bort fra denne henvendelsen. Vi takker for verdifull bistand.*

*Alle opplysninger fra undersøkelsen behandles konfidensielt og etter Datatilsynets regler.*

*Har du spørsmål om undersøkelsen, eller trenger du et nytt spørreskjema, kan du kontakte Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Bente A. Augdal tlf. 77 64 66 38*

*Med vennlig hilsen*

*Eiliv Lund*  
Eiliv Lund  
professor dr.med.



UNIVERSITETET I TROMSØ  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN

**B**



---

---

---

---