



Tromsø-undersøkelsen

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

2007 – 2008 KONFIDENSIELT

HELSE OG SYKDOMMER

1 Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet?

- Meget god
 God
 Verken god eller dårlig
 Dårlig
 Meget dårlig

2 Hvordan synes du at helsen din er sammenlignet med andre på din alder?

- Mye bedre
 Litt bedre
 Omtrent lik
 Litt dårligere
 Mye dårligere

3 Har du eller har du hatt?

| | Alder første gang | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nei |
| Hjerteinfarkt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjertekrampe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag/hjerneblødning..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteflimmer (atrieflimmer)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høyt blodtrykk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beinskjørhet (osteoporose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiske plager (som du har søkt hjelp for)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lavt stoffskifte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nyresykdom, unntatt urinveisinfeksjon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migrene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 Har du langvarige eller stadig tilbakevendende smerter som har vart i 3 måneder eller mer?

- Ja Nei

5 Hvor ofte har du vært plaget av søvnløshet de siste 12 måneder?

- Aldri, eller noen få ganger
 1-3 ganger i måneden
 Omtrent 1 gang i uken
 Mer enn 1 gang i uken

6 Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? (Sett ett kryss for hver plage)

| | Ikke plaget | Litt plaget | Ganske mye | Veldig mye |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Plutselig frykt uten grunn..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg redd eller engstelig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matthet eller svimmelhet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg anspent eller oppjaget..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lett for å klandre deg selv.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søvnproblemer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedtrykt, tungsindig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av å være unyttig, lite verd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av at alt er et slit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Følelse av håpløshet mht. framtida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BRUK AV HELSETJENESTER

7 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos: Hvis JA; Hvor mange ganger?

| | Ja | Nei | Ant ggr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fastlege/allmennlege..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiater/psykolog..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legespesialist utenfor sykehus (utenom fastlege/allmennlege/psykiater)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiropraktor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen behandler (homøopat, akupunktør, fotsoneterapeut, naturmedisiner, håndspålegger, healer, synsk el.l)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tannlege/tannpleier..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært på sykehus?

| | Ja | Nei | Ant ggr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Innlagt på sykehus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsultasjon ved sykehus uten innleggelse; | | | |
| Ved psykiatrisk poliklinikk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ved annen sykehuspoliklinikk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 Har du gjennomgått noen form for operasjon i løpet av de siste 3 årene?

- Ja Nei

BRUK AV MEDISINER

- 10 Bruker du, eller har du brukt, noen av følgende medisiner? (Sett ett kryss for hver linje)

| + | Aldri brukt | | | Alder første gang |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | Nå | Før | | |
| Medisin mot høyt blodtrykk... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Kolesterolsenkende medisin... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Medisin mot hjertesykdom... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Vann drivende medisin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Medisin mot beinskjørhet (osteoporose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Insulin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Diabetesmedisin (tabletter)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Stoffskiftemedisinene | | | | |
| Thyroxin/levaxin..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

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

| | Ikke brukt siste 4 uker | Sjeldnere enn hver uke | Hver uke, men ikke daglig | Daglig |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Smertestillende på resept..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smertestillende reseptfrie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sovemidler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beroligende medisiner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medisin mot depresjon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 12 Skriv ned alle medisiner – både de med og uten resept – som du har brukt regelmessig i siste 4 ukers periode. (Ikke regn med vitaminer, mineraler, urter, naturmedisin, andre kosttilskudd etc.)

Får du ikke plass til alle medisiner, bruk eget ark.

VED FRAMMØTE vil du bli spurt om du har brukt antibiotika eller smertestillende medisiner de siste 24 timene. Om du har det, vil vi be om at du oppgir preparat, styrke, dose og tidspunkt

FAMILIE OG VENNER

- 13 Hvem bor du sammen med? (Sett kryss for hvert spørsmål og angi antall)

| | + | Ja | Nei | Antall |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|----------------------|
| Ektefelle/samboer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |
| Andre personer over 18 år..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |
| Personer under 18 år..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |

- 14 Kryss av for de slektninger som har eller har hatt

| | Foreldre | Barn | Søsken |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hjerteinfarkt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt før fylte 60 år..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjertekrampe)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag/hjerneblødning..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beinskjørhet (osteoporose)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magesår/tolvfingertarmsår..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psykiske plager..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rusproblemer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 15 Har du nok venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

- 16 Har du nok venner som du kan snakke fortrolig med?

Ja Nei

- 17 Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som for eksempel syklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?

- Aldri, eller noen få ganger i året
 1-2 ganger i måneden
 Omtrent 1 gang i uken
 Mer enn en gang i uken

ARBEID, TRYGD OG INNTEKT

- 18 Hva er din høyeste fullførte utdanning? (Sett ett kryss)

- Grunnskole, framhaldsskole eller folkehøyskole
 Yrkesfaglig videregående, yrkesskole eller realskole
 Allmennfaglig videregående skole eller gymnas
 Høyskole eller universitet, mindre enn 4 år
 Høyskole eller universitet, 4 år eller mer

- 19 Hva er din hovedaktivitet? (Sett ett kryss)

- Yrkesaktiv heltid Hjemmeverende
 Yrkesaktiv deltid Pensjonist/trygdet
 Arbeidsledig Student/militærtjeneste

- 20 **Mottar du noen av følgende ytelser?**
- Alderstrygd, førtidspensjon (AFP) eller etterlattepensjon
 - Sykepenger (er sykemeldt)
 - Rehabiliterings-/attføringspenger
 - Uføreytelse/pensjon, hel +
 - Uføreytelse/pensjon, delvis
 - Dagpenger under arbeidsledighet
 - Overgangstønad
 - Sosialhjelp/-stønad

- 21 **Hvor høy var husholdningens samlede bruttoinntekt siste år?** Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Under 125 000 kr | <input type="checkbox"/> 401 000-550 000 kr |
| <input type="checkbox"/> 125 000-200 000 kr | <input type="checkbox"/> 551 000-700 000 kr |
| <input type="checkbox"/> 201 000-300 000 kr | <input type="checkbox"/> 701 000 -850 000 kr |
| <input type="checkbox"/> 301 000-400 000 kr | <input type="checkbox"/> Over 850 000 kr |

- 22 **Arbeider du utendørs minst 25 % av tiden, eller i lokaler med lav temperatur, som for eksempel lager-/industrihaller?**
- Ja Nei

FYSISK AKTIVITET

- 23 **Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?**
- For det meste stillesittende arbeid
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)
 - Arbeid som krever at du går mye
(f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)
 - Arbeid der du går og løfter mye
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)
 - Tungt kroppsarbeid
- 24 **Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f eks mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.** (Sett kryss i den ruta som passer best)
- Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse
 - Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uken *(her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer med mer)*
 - Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid, snømåking e.l. *(merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)*
 - Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka
- 25 **Hvor ofte driver du mosjon?** (Med mosjon mener vi at du f.eks går en tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett)
- Aldri
 - Sjeldnere enn en gang i uken
 - En gang i uken
 - 2-3 ganger i uken +
 - omtrent hver dag

- 26 **Hvor hardt mosjonerer du da i gjennomsnitt?**
- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett.
 - Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett
 - Tar meg nesten helt ut +
- 27 **Hvor lenge holder du på hver gang i gjennomsnitt ?**
- Mindre enn 15 minutter 30 minutter – 1 time
 - 15-29 minutter Mer enn 1 time

ALKOHOL OG TOBAKK

- 28 **Hvor ofte drikker du alkohol?**
- Aldri
 - Månedlig eller sjeldnere
 - 2-4 ganger hver måned
 - 2-3 ganger pr. uke
 - 4 eller flere ganger pr.uke
- 29 **Hvor mange enheter alkohol (en øl, et glass vin, eller en drink) tar du vanligvis når du drikker?**
- 1-2 5-6 10 eller flere
 - 3-4 7-9
- 30 **Hvor ofte drikker du 6 eller flere enheter alkohol ved en anledning?**
- aldri
 - sjeldnere enn månedlig
 - månedlig
 - ukentlig
 - daglig eller nesten daglig
- 31 **Røyker du av og til, men ikke daglig?**
- Ja Nei
- 32 **Har du røykt/røyker du daglig?**
- Ja, nå Ja, tidligere Aldri
- 33 **Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet?**
- Antall år
- 34 **Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere: Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig?**
- Antall sigaretter
- 35 **Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?**
- Antall år
- 36 **Hvor mange år til sammen har du røykt daglig?**
- Antall år
- 37 **Bruker du, eller har du brukt, snus eller skrå?**
- Nei, aldri Ja, av og til +
 - Ja, men jeg har sluttet Ja, daglig

KOSTHOLD

38 Spiser du vanligvis frokost hver dag?

Ja Nei

39 Hvor mange enheter frukt og grønnsaker spiser du i gjennomsnitt per dag? (Med enhet menes f.eks. en frukt, glass juice, potet, porsjon grønnsaker)

Antall enheter +

40 Hvor mange ganger i uken spiser du varm middag?

Antall

41 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene? (Sett ett kryss pr linje)

| | 0-1 g pr. mnd | 2-3 g pr.mnd | 1-3 g pr.uke | 4-6 g pr.uke | 1-2 g pr. dag |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Poteter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pasta/ris..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjøtt (ikke kvernet)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kvernet kjøtt (pølser, hamburger o.l)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grønnsaker, frukt, bær.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mager fisk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Feit fisk..... (f.eks.laks, ørret, makrell, sild, kveite,uer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | Sjelden/ aldri | 1-6 glass pr. uke | 1 glass pr. dag | 2-3 glass pr. dag | 4 glass el. mer pr. dag |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Melk, kefir, yoghurt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fruktjuice..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brus/leskedrikker med sukker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43 Hvor mange kopper kaffe og te drikker du daglig? (sett 0 for de typene du ikke drikker daglig)

| | Antall kopper |
|---------------------------|---|
| Filterkaffe..... | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kokekaffe/presskanne..... | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annen kaffe..... | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Te..... | <input type="text"/> <input type="text"/> |

44 Hvor ofte spiser du vanligvis fiskelever? (For eksempel i mølje)

Sjelden/aldri 1-3 g i året 4-6 g i året
 7-12 g i året Oftere

45 Bruker du følgende kosttilskudd?

| | Daglig | Iblant | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tran, trankapsler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omega 3 kapsler (fiskeolje, selolje)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kalktabletter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SPØRSMÅL TIL KVINNER

46 Er du gravid nå?

Ja Nei Usikker

47 Hvor mange barn har du født?

Antall +

48 Hvis du har født, fyll ut for hvert barn: fødselsår og vekt samt hvor mange måneder du ammet. (Angi så godt som du kan)

| Barn | Fødselsår | Fødselsvekt i gram | Ammet ant.mnd |
|------|---|---|---|
| 1 | <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"/> |
| 2 | <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"/> |
| 3 | <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"/> |
| 4 | <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"/> |
| 5 | <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"/> |
| 6 | <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"/> |

49 Har du i forbindelse med svangerskap hatt for høyt blodtrykk?

Ja Nei

50 Hvis Ja, i hvilket svangerskap?

Første Senere

51 Har du i forbindelse med svangerskap hatt protein (eggehvite) i urinen?

Ja Nei

52 Hvis Ja, i hvilket svangerskap?

Første Senere

53 Ble noen av disse barna født mer enn en måned for tidlig (før termin) pga. svangerskapsforgiftning?

Ja Nei

54 Hvis Ja, hvilke(t) barn

Barn 1 Barn 2 Barn 3 Barn 4 Barn 5 Barn 6

55 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?

Antall år +

56 Bruker du for tiden reseptpliktige legemidler som påvirker menstruasjonen?

P-pille, hormonspiral eller lignende..... Ja Nei
 Hormonpreparat for overgangs-
 alderen..... Ja Nei

VED FRAMMØTE vil du få utfyllende spørsmål om menstruasjon og eventuell bruk av hormoner. Skriv gjerne ned på et papir navn på hormonpreparater du har brukt, og ta det med deg. Du vil også bli spurt om din menstruasjon har opphørt og eventuelt når og hvorfor.