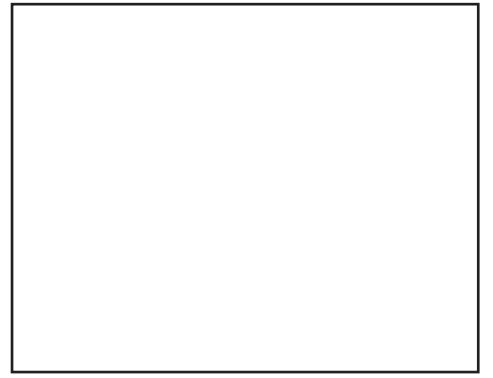




# Tromsø

- en del av Tromsøundersøkelsen



## SLIK FYLLER DU UT SKJEMAET:

Skjemaet vil bli lest maskinelt, det er derfor viktig at du krysser av riktig:

Riktig

Galt

Galt

Om du krysser feil, retter du ved å fylle boksen slik

Skriv tydelige tall 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Riktig

Galt

Bruk kun sort eller blå penn, bruk ikke blyant eller tusj

# 1. BESKRIVELSE AV DIN HELSETILSTAND

Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette ett kryss i en av rutene utenfor hver av de fem gruppene nedenfor:

1.6 For at du skal kunne vise oss hvor god eller dårlig din helsetilstand er, har vi laget en skala (nesten som et termometer), hvor den beste helsetilstanden du kan tenke deg er markert med 100 og den dårligste med 0. Vi ber om at du viser din helsetilstand ved å trekke ei linje fra boksen nedenfor til det punkt på skalaen som passer best med din helsetilstand.

## 1.01 Gange

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- Jeg har litt problemer med å gå omkring
- Jeg er sengeliggende

## 1.02 Personlig stell

- Jeg har ingen problemer med personlig stell
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

## 1.03 Vanlige gjøremål (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

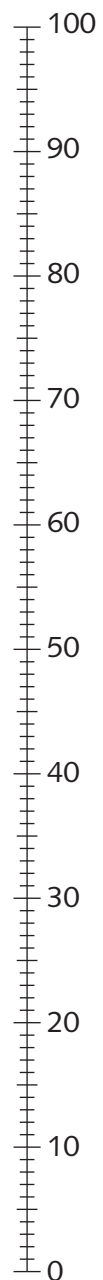
## 1.04 Smerte og ubehag

- Jeg har verken smerte eller ubehag
- Jeg har moderat smerte eller ubehag
- Jeg har sterk smerte eller ubehag

## 1.05 Angst og depresjon

- Jeg er verken engstelig eller deprimert
- Jeg er noe engstelig eller deprimert
- Jeg er svært engstelig eller deprimert

Best tenkelige  
helsetilstand



Nåværende  
helsetilstand

Verst tenkelige  
helsetilstand

## 2. OPPVEKST OG TILHØRIGHET

### 2.01 Hvor bodde du da du fylte 1 år?

- I Tromsø (med dagens kommunegrenser)
- I Troms, men ikke i Tromsø
- I Finnmark fylke
- I Nordland fylke
- Annet sted i Norge
- I utlandet

### 2.02 Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

- Meget gode
- Gode
- Vanskelige
- Meget vanskelige

### 2.03 Hvilken betydning har religion i ditt liv?

- Stor betydning
- En viss betydning
- Ingen betydning

### 2.04 Hva regner du deg selv som? (Kryss av for ett eller flere alternativ)

- Norsk
- Samisk
- Kvensk/Finsk
- Annet

### 2.05 Hvor mange søsken og barn har du/har du hatt?

Antall søsken.....

Antall barn.....

### 2.06 Lever din mor?

- Ja
- Nei

Hvis NEI: hennes alder ved død.....

### Lever din far?

- Ja
- Nei

Hvis NEI: hans alder ved død.....

### 2.07 Hva var/er den høyeste fullførte utdanning til dine foreldre og din ektefelle/samboer? (sett ett kryss i hver kolonne)

	Mor	Far	Ektefelle/ samboer
Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole eller folkehøyskole.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesfaglig videregående, yrkesskole eller realskole .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmennfaglig videregående skole eller gymnas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyskole eller universitet (mindre enn 4 år).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyskole eller universitet (4 år eller mer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. TRIVSEL OG LIVSFORHOLD

3.01 Nedenfor står tre utsagn om tilfredshet med livet som et hele. Deretter står to utsagn om syn på din egen helse. Vis hvor enig eller uenig du er i hver av påstandene ved å sette et kryss i rubrikken for det tallet du synes stemmer best for deg. (sett ett kryss for hvert utsagn)

	Helt uenig	1	2	3	4	5	6	7	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mine livsforhold er utmerkede.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg er tilfreds med livet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg ser lyst på min framtidige helse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ved å leve sunt kan jeg forhindre alvorlige sykdommer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.02 Nedenfor står fire utsagn om syn på forhold ved din nåværende jobb, eller hvis du ikke er i arbeid nå, den jobben du hadde sist (sett ett kryss for hvert utsagn)

	Helt uenig	1	2	3	4	5	6	7	Helt enig
Arbeidet mitt er for belastende, fysisk eller følelsesmessig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg har tilstrekkelig innflytelse på når og hvordan arbeidet mitt skal utføres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg blir mobbet eller trakassert på arbeidsplassen min.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeg blir rettferdig behandlet på arbeidsplassen min.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.03 Jeg opplever at yrket mitt har følgende sosiale status i samfunnet: (dersom du ikke er i arbeid nå, tenk på det yrket du hadde sist)

- Meget høy status
- Ganske høy status
- Middels status
- Ganske lav status
- Meget lav status

3.04 Har du over lengre tid opplevd noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss for hver linje)

	Nei	Ja, som barn	Ja, som voksen	Ja, siste år
Blitt plaget psykisk, eller truet med vold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt slått, sparket eller utsatt for annen type vold.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen i nær familie har brukt rusmidler på en slik måte at dette har vært til <i>bekymring</i> for deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du har opplevd noen av disse forholdene, hvor mye plages du av dette nå?

- Ingen plager
- Noen plager
- Store plager

## 4. SYKDOMMER OG PLAGER

4.01 **Har du i løpet av den siste måneden følt deg syk eller hatt en skade?**

Ja  Nei

Hvis JA: har du i den samme perioden?  
(sett ett kryss for hver linje)

Ja Nei

Vært hos allmennlege/fastlege.....

Vært hos spesialist.....

Vært på legevakt.....

Vært innlagt i sykehus.....

Vært hos alternativ behandler  
(kiropraktor, homøopat eller lignende).....

4.02 **Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste året?**

Ja  Nei

4.03 **Blir du tungpustet i følgende situasjoner?**  
(sett ett kryss for hvert spørsmål)

Ja Nei

Når du går hurtig på flatmark eller svak oppoverbakke.....

Når du spaserer i rolig tempo på flatmark.....

Når du vasker deg eller kler på deg.....

Når du er i hvile.....

4.04 **Hoster du omtrent daglig i perioder av året?**

Ja  Nei

Hvis JA: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?

Ja  Nei

Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste årene?

Ja  Nei

4.05 **Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?**  
(sett ett kryss)

Aldri, eller noen få ganger i året

1-3 ganger i måneden

Omtrent 1 gang i uka

Mer enn 1 gang i uka

Hvis du er plaget av søvnløshet månedlig eller oftere, når på året er du mest plaget?  
(sett ett eller flere kryss)

Ingen spesiell tid

Mørketida

Midnattsoltida

Vår og høst

4.06 **Har du i de siste par ukene hatt vansker med å sove?**

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Heller mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

4.07 **Har du de siste par ukene følt deg ulykkelig og nedtrykt (deprimert)?**

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Heller mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

4.08 **Har du i de siste par ukene følt deg ute av stand til å mestre dine vanskeligheter?**

Ikke i det hele tatt

Ikke mer enn vanlig

Heller mer enn vanlig

Mye mer enn vanlig

4.09 **Nedenfor ber vi deg besvare noen spørsmål om din hukommelse:** (sett ett kryss for hvert spørsmål)

Ja Nei

Synes du at din hukommelse har blitt dårligere?.....

Glemmer du ofte hvor du har lagt tingene dine?.....

Har du problemer med å finne vanlige ord i en samtale?.....

Har du fått problemer med daglige gjøremål som du mestret tidligere?.....

Har du vært undersøkt for sviktende hukommelse?.....

Hvis JA på minst ett av de fire første spørsmålene ovenfor: Er det et problem i hverdagen?

Ja  Nei

4.10 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? (sett ett kryss i hver linje)

	Ikke plaget	En del plaget	Sterkt plaget
Nakke, skuldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armer, hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofte, ben, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11 Har du vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i løpet av de siste 4 ukene? (sett ett kryss i hver linje)

	Ikke plaget	En del plaget	Sterkt plaget
Nakke, skuldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armer, hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofte, ben, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.12 Har du noen gang hatt:

	Alder		
	Ja	Nei	siste gang
Brudd i håndledd/underarm?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lårhalsbrudd?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.13 Har du fått stilt diagnosen slitasjegikt av lege?

Ja  Nei

4.14 Har eller har du hatt noen av følgende:

	Aldri	Litt	Mye
Nikkelallergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre allergier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.15 Har du opplevd ufrivillig barnløshet i mer enn 1 år?

Ja  Nei

Hvis JA, skyldtes dette:

	Ja	Nei	Vet ikke
Forhold hos deg selv?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold hos partneren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.16 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?

	Aldri	Litt	Mye
Kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsbrann/sure oppstøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekslede treg mage og diare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåsthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i magen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.17 Hvis du har hatt smerter i eller ubehag fra magen siste året:

	Ja	Nei
Er disse lokalisert øverst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt plagene så ofte som 1 dag i uka eller mer de siste 3 måneder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bli plagene bedre etter avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har plagene sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har plagene noen sammenheng med løsere eller fastere avføring enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer plagene etter måltid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.18 Har du noen gang hatt:

	Alder		
	Ja	Nei	siste gang
Sår på magesekken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sår på tolvfingertarmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesår-operasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.19 Til kvinnen: Har du spontanabortert?

Ja  Nei  Vet ikke  
Hvis JA, antall ganger.....

4.20 Til mannen: Har din partner noen gang spontanabortert?

Ja  Nei  Vet ikke  
Hvis JA, antall ganger.....

4.21 Bruker du glutenfri diett?

Ja  Nei  Vet ikke

4.22 Har du fått stilt diagnosen Dermatitis Herpetiformis (DH)?

Ja  Nei  Vet ikke

4.23 Har du fått stilt diagnosen cøliaki på bakgrunn av en vevsprøve fra tynntarmen tatt under en undersøkelse der du svelget en slange (gastroskopi)?  
 Ja       Nei       Vet ikke

4.24 Har du egne tenner?  
 Ja       Nei

4.25 Hvor mange amalgamfyllinger har du/har du hatt?  
 0       1-5       6-10       10+

4.26 Har du vært plaget av hodepine det siste året?  
 Ja       Nei

**Hvis NEI, gå til del 5, kosthold**

4.27 Hva slags hodepine er du plaget av?  
 Migrene       Annen hodepine

4.28 Omtrent hvor mange dager per måned har du hodepine?  
 Mindre enn 1 dag  
 1-6 dager  
 7-14 dager  
 Mer enn 14 dager

4.29 Er hodepinen vanligvis:  
(sett et kryss for hver linje)

	Ja	Nei
Bankende/dunkende smerte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.30 Hvor sterk er hodepinen vanligvis?  
 Mild (hemmer ikke aktivitet)  
 Moderat (hemmer aktivitet)  
 Sterk (forhindrer aktivitet)

4.31 Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?  
 Mindre enn 4 timer  
 4 timer – 1 døgn  
 1-3 døgn  
 Mer enn 3 døgn

4.32 Dersom du er plaget av hodepine, når på året er du plaget mest? (sett ett eller flere kryss)  
 Ingen spesiell tid  
 Mørketida  
 Midnattsoltida  
 Vår og/eller høst

4.33 Før eller under hodepinen, kan du da ha forbigående:

	Ja	Nei
Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nummenhet i halve ansiktet eller i hånden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og /eller oppkast.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.34 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:  
Antall dager.....



## 5. KOSTHOLD

5.01 **Hvor ofte spiser du vanligvis følgende?** (sett ett kryss i hver linje)

	0-1 g per mnd	2-3 g per mnd	1-3 g per uke	Mer enn 3 g per uke
Ferskvannsfisk ( <i>ikke oppdrett</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltvannsfisk ( <i>ikke oppdrett</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppdrettsfisk ( <i>laks, røye, ørret</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunfisk ( <i>fersk eller hermetisert</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålegg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den brune innmaten i krabbe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvalkjøtt/sel/kobbekjøtt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innmat fra rein eller elg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innmat fra rype.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.02 **Hvor mange ganger i året spiser du/spiste du vanligvis følgende?** (antall ganger)

	Som voksen	I din barndom
Mølje ( <i>Antall ganger i året</i> ).....	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Måseegg ( <i>Antall egg i året</i> ).....	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Reinsdyrkjøtt ( <i>Antall ganger i året</i> ).....	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Selvplukket sopp og bær ( <i>blåbær/tyttebær/multe</i> ) ( <i>Antall ganger i året</i> ).....	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

5.03 **Hvor mange ganger i måneden spiser du hermetiske matvarer (fra metallbokser)?**

Antall.....

5.04 **Bruker du vitaminer og/eller mineraltilskudd?**

Ja, daglig     Iblant     Aldri

5.05 **Hvor ofte spiser du?**

	Aldri	1-3 g per mnd	1-3 g per uke	4-6 g. per uke	1-2 g. per dag	3 g. per dag eller mer
Mørk sjokolade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys sjokolade/melkesjokolade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokoladekake.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre søtsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.06 **Hvis du spiser sjokolade, hvor mye pleier du vanligvis å spise hver gang?**

Tenk deg størrelsen på en Kvikk-Lunsj sjokolade, og oppgi hvor mye du spiser i forhold til den.

¼	½	1	1 ½	2	Mer enn 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.07 **Hvor ofte drikker du kakao/varm sjokolade**

Aldri	1-3 g per mnd	1-3 g per uke	4-6 g. per uke	1-2 g. per dag	3 g. per dag eller mer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. ALKOHOL

### 6.01 Hvor ofte har du det siste året:

	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig, eller nesten daglig
Ikke klart å stoppe og drikke alkohol når du først har begynt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke klart å gjøre det som normalt forventes av deg fordi du har drukket? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trengt en drink om morgenen for å få komme i gang etter en rangel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt skyld eller anger etter at du har drukket?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke klart å huske hva som skjedde kvelden før på grunn av at du hadde drukket?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6.02 Har du eller andre noen gang blitt skadet på grunn av at du har drukket?.....

	Aldri	Ja, men ikke det siste året	Ja, det siste året
Har du eller andre noen gang blitt skadet på grunn av at du har drukket?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en slektning, venn, lege, eller annet helsepersonell vært bekymret for din drikking, eller foreslått at du reduserer inntaket?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. VEKT

### 7.01 Har du ufrivillig gått ned i vekt siste 6 måneder?

Ja       Nei

Hvis JA: Hvor mange kilo?.....

### 7.03 Er du fornøyd med vekta di nå?

Ja       Nei

### 7.04 Hvilken vekt ville du være tilfreds med (din trivselsvekt):

Antall kg.....

### 7.02 Anslå din vekt da du var 25 år gammel:

Antall hele kg.....

## 8. LØSEMIDLER

### 8.01 Hvor mange timer i uka driver du med følgende fritids- eller yrkesaktiviteter: Bilreparasjoner/lakkering, keramikkarbeid, maling/lakkering/løsemidler, frisør, glassmester, elektriker (Sett 0 om du ikke driver med slike fritids eller yrkesaktiviteter)

Antall timer per uke i gjennomsnitt.....

### 8.02 Bruker du hårfargemidler?

Ja       Nei

Hvis JA, hvor mange ganger per år?..

## 9. BRUK AV HELSETJENESTER

9.01 Har du noen gang opplevd at sykdom er blitt mangelfullt undersøkt eller behandlet, og at dette har gitt alvorlige følger?

- Ja, det har rammet meg selv  
 Ja, det har rammet en nær pårørende  
(barn, foreldre, ektefelle/samboer)  
 Nei

Hvis JA, hvor mener du årsaken ligger?  
(sett ett eller flere kryss):

- hos fastlege/allmennlege  
 hos legevakslege  
 hos privatpraktiserende spesialist  
 hos sykehuslege  
 hos annet helsepersonell  
 hos alternativ behandler  
 hos flere på grunn av svikt i rutiner og samarbeid

9.02 Har du noen gang følt deg overtalt til å godta undersøkelse eller behandling som du selv ikke ønsket?

- Ja  Nei

Hvis JA, mener du dette har hatt uheldige helsemessige følger?

- Ja  Nei

9.03 Har du noen gang klaget på behandling du har fått?

- Har aldri vært aktuelt  
 Har vurdert å klage, men ikke gjort det  
 Har klaget muntlig  
 Har klaget skriftlig

9.04 Hvor lenge har du hatt din nåværende fastlege/annen lege?

- Mindre enn 6 måneder  
 6 til 12 måneder  
 12 til 24 måneder  
 Mer enn 2 år

9.05 Ved siste legebesøk hos fastlegen, snakket legen(e) til deg slik at du forsto dem? Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0=de var vanskelige å forstå og 10=de var alltid enkle å forstå

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.06 Hvordan vil du karakterisere behandlingen eller rådgivningen du fikk siste gang du var hos lege? Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0= meget dårlig behandling og 10 = meget god behandling

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.07 Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd at det har vært vanskelig å bli henvist til spesielle undersøkelser (som røntgen eller liknende) eller til spesialisthelsetjenesten (privatpraktiserende spesialist eller ved sykehus)?

- Ikke aktuelt  
 Intet problem  
 Noe problem  
 Stort problem

9.08 Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd at det er vanskelig å bli henvist til fysioterapeut, kiropraktor eller liknende?

- Ikke aktuelt  
 Intet problem  
 Noe problem  
 Stort problem

9.09 Alt i alt, har du opplevd at det er vanskelig eller enkelt å bli henvist til spesialisthelsetjenesten?

- Ikke aktuelt  
 Meget vanskelig  
 Noe vanskelig  
 Rimelig enkelt  
 Meget enkelt



9.10 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært til undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten?

Ja       Nei

Hvis JA, snakket legen(e) til deg slik at du forstod dem? Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0=de var vanskelige å forstå og 10=de var alltid enkle å forstå

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.11 Hvordan vil du karakterisere behandlingen eller rådgivningen du fikk siste gang du var hos spesialist? Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0=meget dårlig og 10=meget god

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.12 Har du noen gang før 2002 gjennomgått en operasjon på sykehus eller spesialistklinikk?

Ja       Nei

9.13 Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt urtemedisin , naturmidler eller naturlegemidler?

Ja       Nei

9.14 Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt meditasjon, yoga, qi gong eller thai chi som egenbehandling?

Ja       Nei



## 10. BRUK AV ANTIBIOTIKA

10.01 **Har du brukt antibiotika i løpet av de siste 12 måneder?** (all penicillinliknende medisin i form av tabletter, mikstur eller sprøyter)

Ja       Nei       Husker ikke

Hvis JA, hva fikk du behandling mot? Har du tatt flere antibiotikakurer, sett ett kryss for hver kur.

	Kur 1	Kur 2	Kur 3	Kur 4	Kur 5	Kur 6
· Urinveisinfeksjon ( <i>blærebetennelse, blærekatarr</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Luftveisinfeksjon ( <i>øre-, bihule- hals- eller lungebetennelse, bronkitt</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antall dagers antibiotika kur.....

Hvordan skaffet du deg antibiotikakuren? Har du tatt flere kurer, sett ett kryss for hver kur.

Etter resept fra lege/tannlege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten kontakt med lege/uten resept:						
· Kjøp direkte fra apotek i utlandet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Kjøp gjennom Internett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Rest fra tidligere kur tilgjengelig hjemme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Fått av familie/venner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Andre måter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.02 **Har du antibiotika hjemme?**

Ja       Nei

Hvis JA, er dette etter avtale med lege for å behandle kronisk eller hyppig tilbakevendende sykdom?

Ja       Nei

Hvis Nei, hvordan skaffet du deg dette legemiddelet? (Flere kryss er mulig)

Kjøpt direkte fra apotek i utlandet.....

Kjøpt over Internett.....

Rest fra tidligere kur.....

Fått av familie/venner.....

Andre måter.....

10.03 **Kan du tenke deg å bruke antibiotika uten å kontakte lege først?**

Ja       Nei

Hvis JA, hvilke tilstander vil du i så fall behandle? (Flere kryss mulig)

Forkjølelse.....

Hoste.....

Bronkitt.....

Halsbetennelse.....

Bihulebetennelse.....

Feber.....

Influensa.....

Ørebetennelse.....

Diaré.....

Blærebetennelse.....

Andre infeksjoner.....

## 11. DIN DØGNRYTME

Vi vil stille deg noen spørsmål som handler om dine søvnvaner.

### 11.01 Har du hatt skiftarbeid de tre siste månedene?

Ja  Nei

### 11.02 Antall dager i løpet av uken hvor du ikke kan velge fritt når du vil sove (f.eks arbeidsdager)?

0 1 2 3 4 5 6 7

Da går jeg til sengs klokken.....

Jeg gjør meg klar til å sove klokken.....

Antall minutter jeg trenger på å sovne.....

Jeg våkner klokken.....

Ved hjelp av:  Vekkeklokke  annen ytre påvirkning (*støy, familie etc*)  av meg selv

Antall minutter jeg trenger på å stå opp.....

### 11.03 Antall dager i løpet av uken hvor du fritt kan velge når du vil sove (f.eks helger eller fridager)

0 1 2 3 4 5 6 7

Da går jeg til sengs klokken.....

Jeg gjør meg klar til å sove klokken.....

Antall minutter jeg trenger på å sovne.....

Jeg våkner klokken.....

Ved hjelp av:  Vekkeklokke  annen ytre påvirkning (*støy, familie etc*)  av meg selv

Antall minutter jeg trenger på å stå opp.....

## 12. HUD OG HUDSYKDOMMER

12.01 **Hvor ofte dusjer eller bader du vanligvis?**  
(sett ett kryss)

- 2 eller flere ganger daglig  
 1 gang daglig  
 4-6 ganger per uke  
 2-3 ganger per uke  
 1 gang per uke  
 sjeldnere enn 1 gang per uke

12.02 **Hvor ofte vasker du vanligvis hendene med såpe i løpet av en dag?** (sett ett kryss)

- 0 ganger  
 1-5 ganger  
 6-10 ganger  
 11-20 ganger  
 Mer enn 20 ganger

12.03 **Har du noen gang fått antibiotikakur (penicillin og liknende medisin) på grunn av en hudlidelse, for eksempel betent eksem, kviser, leggsår som ikke vil gro, tilbakevendende verkebyll?**

- Ja  Nei

Hvis JA, hvor mange ganger i gjennomsnitt per år fikk du antibiotika i den perioden du var mest plaget (sett ett kryss)

- 1-2  3-4  Mer enn 4 ganger

12.04 **Har du eller har du noen gang hatt følgende hudlidelser?** (sett ett kryss for hver linje)

- |  | Ja                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Psoriasis.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atopisk eksem (barneeksem).....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tilbakevendende håndeksem.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tilbakevendende kviser over flere måneder.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legg- eller fotsår som ikke ville gro i løpet av 3-4 uker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis JA på spørsmål om legg-og/eller fotsår, har du leggsår i dag?

- Ja  Nei

12.05 **Har du ofte eller bestandig noen av følgende plager?** (sett ett kryss for hver linje)

- |  | Ja                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hevelse i ankler og legger, særlig om kvelden.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Åreknuter.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eksem (rødt, kløende utslett) på leggene.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smerter i beina når du går, men som forsvinner når du står stille..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12.06 **Har du noen gang fått følgende diagnoser av lege?** (sett ett kryss for hver linje)

- |                    | Ja                       | Nei                      |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Psoriasis.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atopisk eksem..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rosacea.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12.07 **Har du tilbakevendende store kviser/verkebyller som er ømme/smertefulle og som ofte tilheler med arr på følgende steder?** (sett ett kryss for hver linje)

- |                              | Ja                       | Nei                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Armhulene.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Under brystene.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magefolden/navlen.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rundt kjønnsorganet.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rundt endetarmsåpningen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lyskene.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis JA, har du noen gang oppsøkt lege på grunn av verkebyller?

- Ja  Nei

Hvis JA, fikk du da noen av følgende behandlinger? (sett ett kryss for hver linje)

- |   | Ja                       | Nei                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Antibiotika salve/krem.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika tabletter.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirurgisk åpning/tømming.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Større kirurgisk inngrep med fjerning av hud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirurgisk laserbehandling.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





# Oppfølgingsspørsmål



## INFORMASJON TIL OPPFØLGINGSSPØRSMÅL

De neste sidene med spørsmål skal ikke besvares av alle. Dersom du har svart ja på ett eller flere av spørsmålene under, ber vi deg om å gå videre til oppfølgingsspørsmål om emnet eller emnene du har svart ja på. De fire første emnene er fra det første spørreskjemaet og det siste spørsmålet er fra dette skjemaet.

Vi har for enkelhetsskyld markert emnene med ulike farger slik at du lett skal finne frem til de spørsmålene som gjelder for deg.

---

Dersom du svarte JA på at du har: langvarige eller stadig tilbakevendende smerter som har vart i 3 måneder eller mer, ber vi deg svare på spørsmålene på side 19 og 20. Margen er markert med grønn.

---

---

Dersom du svarte JA på at du har gjennomgått noen form for operasjon i løpet av de siste 3 årene, ber vi deg svare på spørsmålene på side 21 og 22. Margen er markert med lilla.

---

---

Dersom du svarte JA på at du arbeider utendørs minst 25% av tiden, eller i lokaler med lav temperatur, som for eksempel lager/industrihaller, ber vi deg svare på spørsmålene på side 23. Margen er markert med rød.

---

---

Dersom du svarte JA på at du har brukt reseptfrie smertestillende medisiner, ber vi deg svare på spørsmålene på side 24. Margen er markert med orange.

---

---

Dersom du svarte JA på at du har eller noen gang har hatt plager med hud (som psoriasis, atopisk eksem, legg- eller fotsår som ikke vil gro, tilbakevendende håndeksem, kviser eller verkebyll), ber vi deg svare på spørsmålene på side 25. Margen er markert med gul.

---

Har du svart **NEI** på disse fem spørsmålene, er du ferdig med besvarelsen din. Spørreskjemaet returneres i svarkonvolutten du fikk utlevert på undersøkelsen. Porto er allerede betalt.

Skulle du ønske å gi oss en skriftlig tilbakemelding om enten spørreskjema eller Tromsøundersøkelsen generelt, er du hjertelig velkommen til det på side 26.

Har du noen spørsmål, kan du ta kontakt med oss på telefon eller på e-post. Du finner kontaktinformasjon på baksiden av skjemaet. **TUSEN TAKK** for at du tok deg tid til undersøkelsen og til å svare på spørsmålene fra oss.

## 13. OPPFØLGINGSSPØRSMÅL OM SMERTE

Du svarte i det første spørreskjemaet at du har langvarige eller stadig tilbakevendende smerter som har vart i 3 måneder eller mer. Her ber vi deg beskrive de smertene litt nærmere.

### 13.01 Hvor lenge har du hatt disse smertene?

Antall år.....   måneder.....

### 13.02 Hvor ofte har du vanligvis disse smertene?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hver dag                     | <input type="checkbox"/> En eller flere ganger i måneden |
| <input type="checkbox"/> En eller flere ganger i uken | <input type="checkbox"/> Sjeldnere enn 1 gang i måneden  |

### 13.03 Hvor er det vondt? (Kryss av for alle steder der du har langvarige eller stadig tilbakevendende smerter)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hode/ansikt     | <input type="checkbox"/> Lår/kne/legg           |
| <input type="checkbox"/> Kjeve/kjeveledd | <input type="checkbox"/> Ankel/fot              |
| <input type="checkbox"/> Nakke           | <input type="checkbox"/> Bryst                  |
| <input type="checkbox"/> Rygg            | <input type="checkbox"/> Mage                   |
| <input type="checkbox"/> Skulder         | <input type="checkbox"/> Underliv/kjønnsorganer |
| <input type="checkbox"/> Arm/albue       | <input type="checkbox"/> Hud                    |
| <input type="checkbox"/> Hånd            | <input type="checkbox"/> Annet sted             |
| <input type="checkbox"/> Hofte           |   |

### 13.04 Hva mener du er årsaken til smertene? (Kryss av for alle kjente årsaker)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ulykke/akutt skade                         | <input type="checkbox"/> Fibromyalgi                             |
| <input type="checkbox"/> Langvarig belastning                       | <input type="checkbox"/> Angina pectoris ( <i>hjertekrampe</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Kirurgisk inngrep/operasjon                | <input type="checkbox"/> Dårlig blodsirkulasjon                  |
| <input type="checkbox"/> Skiveutglidning ( <i>prolaps</i> )/lumbago | <input type="checkbox"/> Kreft                                   |
| <input type="checkbox"/> Nakkesleng ( <i>whiplash</i> )             | <input type="checkbox"/> Nerveskade/nevropati                    |
| <input type="checkbox"/> Migrene/hodepine                           | <input type="checkbox"/> Infeksjon                               |
| <input type="checkbox"/> Slitasjegikt ( <i>artrose</i> )            | <input type="checkbox"/> Helvetesild                             |
| <input type="checkbox"/> Leddgikt                                   | <input type="checkbox"/> Annen årsak ( <i>beskriv under</i> )    |
| <input type="checkbox"/> Bechterews sykdom                          | <input type="checkbox"/> Vet ikke                                |

Beskriv annen årsak:

.....

### 13.05 Hvilke former for behandling har du fått for smertene? (Kryss av for alle typer smertebehandling du har mottatt)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen behandling             | <input type="checkbox"/> Smerteskole/avspenning/psykoterapi                                     |
| <input type="checkbox"/> Smertestillende medisiner    | <input type="checkbox"/> Akupunktur   |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapi/kiropraktikk     | <input type="checkbox"/> Alternativ behandling ( <i>homøopati, healing, aromaterapi, m.m.</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Behandling ved smerteklinikk | <input type="checkbox"/> Annen behandling   |
| <input type="checkbox"/> Operasjon                    |   |

13.06 På en skala fra 0 til 10, der 0 tilsvarer ingen smerte og 10 tilsvarer den verst tenkelige smerten du kan forestille deg:

Hvor sterke vil du si at smertene vanligvis er?.....

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvor sterke er smertene når de er på sitt sterkeste?.....

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I hvor stor grad påvirker smertene søvnen din?.....

Påvirker ikke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Umulig å få sove
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I hvor stor grad hindrer smertene deg i å utføre vanlige aktiviteter hjemme og i arbeid?.....

Påvirker ikke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kan ikke gjøre noe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 14. OPPFØLGINGSSPØRSMÅL OM OPERASJON

I det første spørreskjemaet svarte du at du har gjennomgått en operasjon i løpet av de siste 3 årene.

14.01 **Hvor mange operasjoner har du totalt gjennomgått de siste 3 årene?**

Antall.....

Nedenfor ber vi deg beskrive operasjonen. Dersom du har gjennomgått flere operasjoner i løpet av de siste 3 årene gjelder disse spørsmålene den siste operasjonen du gjennomgikk.

14.02 **Hvor i kroppen ble du operert?** (Dersom du samtidig ble operert flere steder i kroppen, settes flere kryss)

Operasjon i hode/nakke/rygg

- Hode/ansikt.....
- Nakke/hals.....
- Rygg.....

Operasjon i brystregionen

- Hjerte.....
- Lunger.....
- Bryster.....
- Annen operasjon i brystregionen.....

Operasjon i mage/underliv

- Mage/tarm.....
- Lyskebrokk.....
- Urinveier/kjønnsorganer.....
- Galleblære/galleveier.....
- Annen operasjon i mage/underliv.....

Operasjon i hofte/ben

- Hofte/lår.....
- Kne/legg.....
- Ankel/fot.....
- Amputasjon.....

Operasjon i skulder og arm

- Skulder/overarm.....
- Albue/underarm.....
- Hånd.....
- Amputasjon.....

14.03 **Bakgrunn for operasjonen:**

- Akutt sykdom/skade.....
- Planlagt ikke-kosmetisk operasjon.....
- Planlagt kosmetisk operasjon.....

14.04 **Hvor ble du operert?**

- Sykehuset i Tromsø.....
- Sykehuset i Harstad.....
- Annet offentlig sykehus.....
- Privat klinikk.....

14.05 **Hvor lenge er det siden du gjennomgikk operasjonen?**

Antall år.....  måneder.....

14.06 **Har du nedsatt følsomhet i et område nær operasjonsarret?**

- Ja  Nei

14.07 **Er du overfølsom for berøring, varme eller kulde i et område nær operasjonsarret?**

- Ja  Nei

14.08 **Kan lett berøring av klær, dusj og lignende fremkalle ubehag/smerter?**

- Ja  Nei

14.09 **Hvis du hadde smerter på operasjonsstedet før du ble operert, har du samme type smerte nå?**

- Ja  Nei



14.10 **Smerte fra operasjonsstedet:** Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0=ingen smerte og 10=verst tenkelige smerte

Hvor sterke smerter hadde du fra operasjonsstedet før operasjonen.....

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvor sterke smerter har du vanligvis fra operasjonsstedet nå.....

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvor sterke smerter har du nå fra operasjonsstedet når smertene er på det sterkeste.....

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## 15. OPPFØLGINGSSPØRSMÅL OM ARBEID I KALDT KLIMA

I det første spørreskjemaet svarte du ja på at du arbeidet i kaldt klima. Her er noen oppfølgings-spørsmål vi håper du vil svare på.

### 15.01 Fryser du på jobb?

- Ja, ofte  
 Ja, noen ganger  
 Nei, aldri

### 15.02 Hvor lenge har du vært utsatt for kalde omgivelser under 0°C sist vinter?

Fritid/hobby (timer/uke).....

Arbeid (timer/uke).....

Utendørs, godt kledd (timer/uke).....

Utendørs, tynnkledd (timer/uke).....

Innendørs, uten oppvarming (timer/uke).....

I kalde omgivelser, med våte klær (timer/uke).....

Kontakt med kalde gjenstander/ verktøy (timer/uke).....

### 15.03 Hvilken omgivelsestemperatur forhindrer deg i å:

Under °C

Arbeide utendørs.....

Trene utendørs.....

Utføre andre aktiviteter utendørs.....

### 15.04 Har du hatt forfrysninger siste 12 måneder, med blommer, sår eller skader i huden?

- Ja       Nei

Hvis JA, hvor mange ganger?.....

### 15.08 Hvordan påvirker kalde omgivelser og kulderelaterte symptomer din yteevne?

	Nedsatt	Uforandret	Forbedret
Konsentrasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hukommelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerfølsomhet (følelse).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerferdighet (motorikk).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontroll av bevegelse (for eksempel skjelving).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungt fysisk arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig fysisk arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15.05 Har du opplevd kløe og/eller utslett i forbindelse med kulde?

- Ja       Nei

### 15.06 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært involvert i ulykke som krevde medisinsk behandling der kulde var en viktig faktor?

	Ja	Nei
På arbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I fritiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15.07 Opplever du noen av følgende symptomer mens du oppholder deg i kalde omgivelser? I så fall, ved hvilken temperatur oppstår symptomene?

	Ja	Nei	Under °C
Pusteproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pipende pust.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slim fra lungene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brystsmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Forstyrrelse i hjerterytmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nedsatt blodsirkulasjon i hender/føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Synsforstyrrelse (kortvarig/ forbigående).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrene (kortvarig/forbigående).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hvite fingre (kortvarig/ forbigående).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blå, blå-røde fingre (kortvarig/forbigående).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## 16. BRUK AV RESEPTFRIE SMERTESTILLENDENDE LEGEMIDLER

I det første spørreskjemaet svarte du at du hadde brukt reseptfrie smertestillende legemidler de siste 4 ukene. Her er noen oppfølgingsspørsmål vi håper du vil svare på.

### 16.01 Hvilke typer reseptfrie smertestillende legemidler har du brukt?

Paracetamol: (*Pamol, Panodil, Paracet, Paracetamol, Pinex*)

- Ikke brukt
- Sjeldnere enn hver uke
- Hver uke, men ikke daglig
- Daglig

Hvor mye tar du vanligvis daglig når du bruker midlene?  
(Antall tabletter, stikkpiller).....

Acetylsalisylsyre: (*Aspirin, Dispril, Globoid*)

- Ikke brukt
- Sjeldnere enn hver uke
- Hver uke, men ikke daglig
- Daglig

Hvor mye tar du vanligvis daglig når du bruker midlene?  
(Antall tabletter).....

Ibuprofen: (*Ibumetin, Ibuprofen, Ibuprox, Ibux*)

- Ikke brukt
- Sjeldnere enn hver uke
- Hver uke, men ikke daglig
- Daglig

Hvor mye tar du vanligvis daglig når du bruker midlene?  
(Antall tabletter, stikkpiller).....

Naproxen: (*Ledox, Naproxen*)

- Ikke brukt
- Sjeldnere enn hver uke
- Hver uke, men ikke daglig
- Daglig

Hvor mye tar du vanligvis daglig når du bruker midlene?  
(Antall tabletter).....

Fenazon med koffein: (*Antineuralgica, Fanalgin, Fenazon-koffein, Fenazon-koffein sterke*)

- Ikke brukt
- Sjeldnere enn hver uke
- Hver uke, men ikke daglig
- Daglig

Hvor mye tar du vanligvis daglig når du bruker midlene?  
(Antall tabletter).....

### 16.02 Mot hvilke plager bruker du reseptfrie smertestillende midler: (Flere kryss er mulig)

- Hodepine
- Menssmerter
- Migrene
- Ryggsmerter
- Muskelsmerter/leddsmerter
- Tannmerter
- Annet

### 16.03 Mener du å ha opplevd bivirkninger av noen av legemidlene? (sett ett kryss for hver linje)

	Ja	Nei
Paracetamol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acetylsalisylsyre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenazon med koffein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16.04 Hvor pleier du å kjøpe slike legemidler?

- Apotek
- Dagligvare
- Bensinstasjon
- Utenlands
- Internett

### 16.05 Kombinerer du behandlingen med bruk av reseptbelagte smertestillende midler?

- Ja
- Nei



## 17. OPPFØLGINGSSPØRSMÅL OM HUDSYKDOMMER

På side 15 i dette spørreskjemaet svarte du at du har eller har hatt en hudsykdom. Her er noen oppfølgingsspørsmål vi håper du vil svare på.

**Svar på en skala fra 0 til 10, der 0 tilsvarer ingen plager og 10 tilsvarer verst tenkelige plager. Dersom du svarte JA på at du har eller har hatt:**

	Ingen plager	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige plager
<b>17.01 Psoriasis</b>													
· Hvor mye plaget er du av din psoriasis i dag? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Hvor mye plaget er du av din psoriasis når den er som verst? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.02 Atopisk eksem</b>													
· Hvor mye plaget er du av ditt atopiske eksem i dag? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Hvor mye plaget er du av ditt atopiske eksem når det er som verst? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.03 Håndeksem</b>													
· Hvor mye plaget er du av ditt håndeksem i dag? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Hvor mye plaget er du av ditt håndeksem når det er som verst? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.04 Kviser</b>													
· Hvor mye plaget er du av dine kviser i dag? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Hvor mye plaget er du av dine kviser når de er som verst? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.05 Verkebyller</b>													
· Hvor mye plaget er du av dine verkebyller i dag? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Hvor mye plaget er du av dine verkebyller når de er som verst? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.06 Her er en liste over faktorer som kan tenkes å utløse eller forverre verkebyller, kryss av for hva du synes gjelder for deg:</b>													
	Ja	Nei											
Stress/psykisk påkjenning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Trange/tette klær .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Menstruasjonsyklus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Svangerskap .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<b>17.07 Hvor mange utbrudd av verkebyller har du vanligvis i løpet av ett år? (sett ett kryss)</b>													
<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 4-6												
<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> Mer enn 6												
<b>17.08 Hvor gammel var du da du fikk verkebyller første gang?</b>													
<input type="checkbox"/> 0-12 år	<input type="checkbox"/> 26-35 år												
<input type="checkbox"/> 13-19 år	<input type="checkbox"/> 36-50 år												
<input type="checkbox"/> 20-25 år	<input type="checkbox"/> Over 50 år												
<b>17.09 Dersom du ikke lenger har verkebyller, hvor gammel var du da plagene forsvant?</b>													
<input type="checkbox"/> 0-12 år	<input type="checkbox"/> 26-35 år												
<input type="checkbox"/> 13-19 år	<input type="checkbox"/> 36-50 år												
<input type="checkbox"/> 20-25 år	<input type="checkbox"/> Over 50 år												



Takk for hjelpen!





# Tromsø-undersøkelsen

Tromsøundersøkelsen  
Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø  
9037 TROMSØ  
**telefon:** 77 64 48 16  
**telefaks:** 77 64 48 31  
**epost:** [tromsous@ism.uit.no](mailto:tromsous@ism.uit.no)  
[www.tromso6.no](http://www.tromso6.no)

