

Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper at du også vil fylle ut dette spørreskjemaet som går litt mer i dybden angående ulike sykdommer, plager, livssituasjon og aktiviteter. Du kan lese mer om HUNT4 i informasjonsbrosjyren du fikk i posten, eller på <http://hunt4.no>.

- VENNLIGST FYLL UT SKJEMAET
- LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN
- POST DET SNAREST MULIG
- PORTO ER BETALT

Vennlig hilsen
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
Telefon 74 07 51 80 / e-post hunt@medisin.ntnu.no

LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.

Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik: ☒
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: ☒ Sett så kryss i rett felt.
- Hvis deltaker har hjelp til å fylle ut skjemaet, kan dere hoppe over spørsmål som oppleves for nærgående.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

VENNER OG FAMILIE

- 1 Har du noen som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvem kan gi deg hjelp? (Flere kryss mulig)

Venner ☐ Familie ☐ Naboer ☐

- 2 Har du noen som du kan snakke fortrolig med?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvem kan du snakke fortrolig med?
(Flere kryss mulig)

Venner ☐ Familie ☐ Naboer ☐

DITT NÆRMILJØ/NABOLAG

- 3 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her
(Sett ett kryss)

Helt enig ☐ Delvis enig ☐ Usikker ☐ Delvis uenig ☐ Helt uenig ☐

- 4 Man kan ikke stole på hverandre her
(Sett ett kryss)

Helt enig ☐ Delvis enig ☐ Usikker ☐ Delvis uenig ☐ Helt uenig ☐

- 5 Folk trives godt her (Sett ett kryss)





Helt enig ☐ Delvis enig ☐ Usikker ☐ Delvis uenig ☐ Helt uenig ☐

KOSTHOLD

- 6 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?
(Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger per uke	3-6 ganger per uke	Hver dag
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl. 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7 Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser du vanligvis? (Sett ett kryss per linje)

Type brød/knekkebrød	0-1 per dag	2-3 per dag	4-5 per dag	6 eller flere per dag
Fint 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvgrovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HODEPINE

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

HVIS JA:

Hva slags hodepine? (Sett ett kryss)

Migrene ☐
 Annen hodepine ☐

Omtrent antall dager per måned med hodepine?

Mindre enn 1 dag ☐
 1-6 dager ☐
 7-14 dager ☐
 Mer enn 14 dager ☐

Hvor sterk er hodepinen vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet) ☐
 Moderat (hemmer aktivitet) ☐
 Sterk (forhindrer aktivitet) ☐

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?

Mindre enn 4 timer ☐
 4 timer-1 døgn ☐
 1-3 døgn ☐
 Mer enn 3 døgn ☐

Er hodepinen vanligvis preget av eller ledsaget av:
 (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
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"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydsykehet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Før eller under hodepinen; kan du ha
 forbigående synsforstyrrelse?
 (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt)

Nei ☐ Ja ☐

MUSKLER OG LEDD

9 Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året? Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvor har du hatt disse plagene?
 (Sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Nakke	<input type="checkbox"/> Kjeve
<input type="checkbox"/> Bryst	<input type="checkbox"/> Skuldre
<input type="checkbox"/> Øvre del av ryggen	<input type="checkbox"/> Albue
<input type="checkbox"/> Korsryggen	<input type="checkbox"/> Hofte
<input type="checkbox"/> Lår	<input type="checkbox"/> Håndledd/fingre
<input type="checkbox"/> Legg	<input type="checkbox"/> Knær
	<input type="checkbox"/> Ankler/føtter

Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Nei ☐ Ja ☐

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Nei ☐ Ja ☐

I arbeid ☐ ☐
 I fritida ☐ ☐

SVELG OG LUFTVEIER

10 Hoster du daglig i perioder av året? Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?..... Nei ☐ Ja ☐

Har du hatt hoste med oppspytt, sammenhengende i minst 3 måneder i hvert av de siste to åra? Nei ☐ Ja ☐

11 Har du, eller har du hatt, høysnue/neseallergi? Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Nei ☐ Ja ☐

- 12 Har du hatt noen av følgende plager sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året?

	Nei	Ja
Nesetetthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sliming fra nesen eller bak i svelget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller trykk i ansiktet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redusert luktesans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 Har du hatt bihulebetennelse de siste 12 måneder?

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

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du fått antibiotika for dette de siste 12 måneder? antall ganger

- 14 Har du fått fjernet halsmandlene? ☐ Nei ☐ Ja år gammel

UTMATTELSE/SLITENHET

- 15 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?

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

HVIS JA:

Omtrent hvor lenge har du kjent deg utmattet/sliten?

Mindre enn 3 måneder	3-6 måneder	Mer enn 6 måneder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor mye av tiden kjenner du deg utmattet/sliten?

Mindre enn 25 % av tiden	25-50 % av tiden	50-75 % av tiden	Mer enn 75 % av tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUNNHULE

- 16 Plages du med munntørrehet?

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

- 17 Hvordan vurderer du tannhelsen din?

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

- 18 Er du redd for å gå til tannlegen?

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

- 19 Hva betyr god tannhelse for helsen din ellers?

Svært mye	Mye	Lite	Svært lite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAGE OG TARM

- 20 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?

Nei, aldri	Ja, litt	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

Er disse lokalisert øverst i magen? ☐ Nei ☐ Ja

Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker? ☐ Nei ☐ Ja

Blir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring? ☐ Nei ☐ Ja

Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? ☐ Nei ☐ Ja

Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig? ☐ Nei ☐ Ja

Kommer smertene eller ubehaget etter måltid? ☐ Nei ☐ Ja

- 21 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"/>
Diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekslende treg mage og diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåsthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22 Har du fått fjernet blindtarmen? ☐ Nei ☐ Ja år gammel

URINVEIER

- 23 Har du flere ganger det siste året fått påvist protein (egggehvite) i urinen?

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

HVIS JA:

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang? år gammel

- 24 Har du flere ganger det siste året fått påvist blod i urinen?

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

25 Har du noen gang hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr eller nyrebekkenbetennelse)?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvor mange slike infeksjoner har du hatt siste 2 år? antall ganger

Har du hatt slik infeksjon siste 7 dager? ☐ Nei ☐ Ja

Har lege sagt at du har hatt nyresvikt (svakkede nyrer, dårlig nyrefunksjon)? ☐ Nei ☐ Ja

HVORDAN FØLER DU DEG?

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret; de spontane svarene er best.

26 Jeg føler meg nervøs og urolig

Nei..... ☐ En god del..... ☐
Litt..... ☐ Svært mye..... ☐

27 Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før

Avgjort like mye..... ☐ Bare lite grann..... ☐
Ikke fullt så mye..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

28 Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille..... ☐ Litt, bekymrer meg lite..... ☐
Ja, ikke så veldig ille..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

29 Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før..... ☐ Avgjort ikke som før..... ☐
Ikke like mye nå som før..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

30 Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte..... ☐ Av og til..... ☐
Ganske ofte..... ☐ En gang i blant..... ☐

31 Jeg er i godt humør

Aldri..... ☐ Ganske ofte..... ☐
Noen ganger..... ☐ For det meste..... ☐

32 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart..... ☐ Ikke så ofte..... ☐
Vanligvis..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

33 Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden..... ☐ Fra tid til annen..... ☐
Svært ofte..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

34 Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt..... ☐ Ganske ofte..... ☐
Fra tid til annen..... ☐ Svært ofte..... ☐

35 Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg..... ☐ Kan hende ikke nok ☐
Ikke som jeg burde ☐ Bryr meg som før ☐

36 Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye ☐ Ikke så veldig mye ☐
Ganske mye..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

37 Jeg ser med glede fram til hendelser og ting

Like mye som før..... ☐ Avgjort mindre enn før..... ☐
Heller mindre enn før..... ☐ Nesten ikke i det hele tatt..... ☐

38 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte..... ☐ Ikke så veldig ofte..... ☐
Ganske ofte..... ☐ Ikke i det hele tatt..... ☐

39 Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV

Ofte..... ☐ Ikke så ofte..... ☐
Fra tid til annen..... ☐ Svært sjelden..... ☐

The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale®) is reproduced by kind permission of GL Assessment Limited, London W4 4AJ. All rights reserved including translation.

MESTRING

Tenk på den siste måneden; kryss av i den boksen som best beskriver deg, din familie og forhold til venner:

40 Nye vennskap:

Knytter jeg lett ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Har jeg vansker med å knytte

41 Å komme i kontakt med nye folk:

Er vanskelig for meg ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Er jeg flink til

42 Når jeg er sammen med andre:

Sitter latteren min løst ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sitter latteren langt inne

43 I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet:

Ganske forskjellig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Lik

44 Familien min preges av:

Splittelser ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Godt samhold

45 I vanskelige perioder:

Beholder familien min et positivt syn ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ser familien min mørkt på fremtiden

ALKOHOL

46 Driker du alkohol?

Nei Ja

☐ ☐

HVIS JA:

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt?

Nei Ja

☐ ☐

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din?

☐ ☐

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din?

☐ ☐

Har det å ta en drink noen ganger vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker?

☐ ☐

LIVSHENDELSER

47 Har du noen gang opplevd noe av dette?

(Flere kryss mulig)

	Nei	Ja, før 18 år	Ja, etter 18 år	Ja, siste 12 måneder
Vært livstruende syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i ditt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brå og uventet død hos noen som stod deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truget/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja, siste 12 måneder
Ja, etter 18 år
Ja, før 18 år
Nei

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt mobbet på mobil eller internett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt mobbet/trakassert på skole/utdanningssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KULTUR/FRIVILLIG ARBEID/LIVSSYN

48 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus, moske, synagoge e.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/samfunnsdebatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreningsvirksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 Tror du på et liv etter døden?

Ja, absolutt	Ja, antagelig	Nei, antagelig ikke	Nei, absolutt ikke	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEKSUALITET

Noen kan synes at spørsmålene om seksualitet er for nærgående. Hvis du synes det, kan du hoppe over disse spørsmålene og fortsette med spørsmål om Urinlekkasjer.

Tenk på de siste 4 ukene:

52 I hvilken grad har du vært interessert i sex?

- Ikke i det hele tatt..... ☐
- Litt..... ☐
- En del..... ☐
- Svært mye..... ☐

53 I hvilken grad har du vært seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?

- Ikke i det hele tatt..... ☐
- Litt..... ☐
- En del..... ☐
- Svært mye..... ☐

54 Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?

- Ikke i det hele tatt..... ☐
- Litt..... ☐
- En del..... ☐
- Svært mye..... ☐
- Ikke aktuelt..... ☐

55 Har du hatt tørr skjede under samleie?

- Ikke i det hele tatt..... ☐
- Litt..... ☐
- En del..... ☐
- Svært mye..... ☐
- Ikke aktuelt..... ☐

56 Har du hatt smerter under samleie?

- Ikke i det hele tatt..... ☐
- Litt..... ☐
- En del..... ☐
- Svært mye..... ☐
- Ikke aktuelt..... ☐

57 Hvilken seksuell legning har du?

- Heterofil..... ☐
- Lesbisk..... ☐
- Bifil..... ☐
- Annet..... ☐

URINLEKKASJE

58 Har du ufrivillig urinlekkasje?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang per måned..... ☐
- En eller flere ganger per måned..... ☐
- En eller flere ganger per uke..... ☐
- Hver dag og/eller natt..... ☐

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper..... ☐
- Små skvetter..... ☐
- Større mengder..... ☐

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter, tunge løft?

Nei ☐ Ja ☐

Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatings-trang?

Nei ☐ Ja ☐

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem..... ☐
- En liten plage..... ☐
- En del plaget..... ☐
- Mye plaget..... ☐
- Svært stort problem..... ☐

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje?..... år gammel

59 Har du søkt lege for urinlekkasje?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvilken behandling har du fått? (Flere kryss mulig)

- Ingen..... ☐
- Bekkenbunnstrening..... ☐
- Medisiner..... ☐
- Operasjon..... ☐

OVERGANGSALDER

60 Er du, eller har du vært i overgangsalderen?

Nei ☐ Ja ☐

61 Har du, eller hadde du, hetetokter i forbindelse med overgangsalder? ☐ Nei ☐ Ja

HVIS JA:

Oppsøkte du lege i forbindelse med hetetoktene? ☐ Nei ☐ Ja

Har du fortsatt hetetokter? ☐ ☐

62 Har du brukt tabletter eller plaster som inneholder østrogen mot plager i overgangsalderen? ☐ Aldri ☐ Ja, før ☐ Ja, nå

HVIS JA NOEN GANG:

Hvor gammel var du da du begynte? år gammel

Hvor gammel er/var du siste gang du brukte dette? år gammel

63 Bruker du nå krem eller stikkpiller med østrogen i skjeden? ☐ Nei ☐ Ja

AVFØRING

64 Har du hatt ukontrollert lekkasje av luft fra tarmen i løpet av den siste måneden? ☐ Aldri/sjelden ☐ Ja, hver uke ☐ Ja, hver dag

65 Har du hatt lekkasje av avføring fra tarmen i løpet av den siste måneden? ☐ Aldri/sjelden ☐ Ja, hver uke ☐ Ja, hver dag

HVIS JA:

Har plagene med lekkasje fra endetarmen innvirkning på ditt hverdagsliv? ☐ Aldri/sjelden ☐ Ja, hver uke ☐ Ja, hver dag

66 Har du evne til å holde igjen avføring og utsette toalettbesøk i 15 minutter etter første følelse av trang? ☐ Nei ☐ Ja

SMERTER I BEINA

67 Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? ☐ Nei ☐ Ja

68 Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? ☐ Nei ☐ Ja

HVIS JA:

Hvor gjør det mest vondt? (Sett ett kryss)

Fot ☐
Legg ☐
Lår ☐
Hofte ☐

Forsvinner smertene når du står stille en stund? ☐ Nei ☐ Ja

69 Har du smerter i beina når du er i ro? ☐ Nei ☐ Ja

HVIS JA:

Er smertene verst når du ligger i senga? ☐ Nei ☐ Ja

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, for eksempel om beinet henger utfor sengekanten? ☐ ☐

Har du hatt smertene i beina sammenhengende i mer enn 14 dager? ☐ ☐

HUKOMMELSE

70 Har du problemer med hukommelsen? ☐ Nei ☐ Ja, litt ☐ Ja, store

71 Har hukommelsen endret seg siden du var yngre? ☐ Nei ☐ Ja, litt ☐ Ja, mye

72 Har du problemer med å: (Sett ett kryss per linje) ☐ Aldri ☐ Av og til ☐ Ofte

Huske hendelser som skjedde for få minutter siden ☐ ☐ ☐

Huske navn på andre mennesker ☐ ☐ ☐

Huske datoer ☐ ☐ ☐

Huske å gjøre det du har planlagt ☐ ☐ ☐

Huske hendelser som skjedde for noen dager siden ☐ ☐ ☐

Huske hendelser som skjedde for år siden ☐ ☐ ☐

Holde tråden i samtaler ☐ ☐ ☐

SVIMMELHET

73 Plages du med svimmelhet? ☐ Nei ☐ Ja

HVIS JA:

Hvor ofte plages du med svimmelhet? ☐ Månedlig ☐ Ukentlig ☐ Daglig

Hvordan vil du beskrive svimmelheten? (Sett ett kryss)

Som om rommet snurrer rundt ☐

Som å være på en båt ☐

Som å skulle besvime ☐

Dårlig balanse/falltendens ☐

Annet ☐

I hvilke situasjoner merker du svimmelhet?
(Flere kryss mulig)

- Når jeg snur på hodet..... ☐
- Når jeg reiser meg ☐
- Når jeg anstrenger meg ☐
- Så å si konstant tilstede ☐
- Annet..... ☐

74 Har du problemer med balansen?

Nei ☐ Ja ☐

FALL

75 Har du falt det siste året?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du falt?

1 gang	2 ganger	3 ganger	Flere ganger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du falt utendørs?

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

Har du vært til lege for fallskade det siste året?

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

76 Er du bekymret for å falle?

Nei, ikke bekymret i det hele tatt ☐ Litt bekymret ☐ Nokså bekymret ☐ Svært bekymret ☐

BOFORHOLD

77 Hvordan bor du?

- I egen leilighet/bolig ☐
- I eldresenter/bo-og servicesenter ☐
- I sykeheim..... ☐

FUNKSJONER

78 Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:
(Sett ett kryss per linje)

- | | Nei | Ja |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gå innendørs i samme etasje..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå på toalettet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske deg på kroppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bade eller dusje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kle på og av deg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Legge deg og stå opp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spise selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

79 Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går (rullator, krykker, stokk eller annet)?

- Nei..... ☐
- Ja, bruker ganghjelpemiddel utendørs ☐
- Ja, bruker ganghjelpemiddel både innen- og utendørs..... ☐
- Nei, jeg kan ikke gå ☐

DAGLIGE OPPGAVER

80 Har du førerkort?

Nei ☐ Ja ☐

HVIS JA:

Kjører du fortsatt bil?.....

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

81 Klarer du selv, uten hjelp av andre, disse gjøremålene i det daglige:
(Sett ett kryss per linje)

- | | Nei | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Lage varm mat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvask) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vaske klær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gjøre innkjøp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betale regninger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta medisiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Komme deg ut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta bussen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BRUK AV HELSETJENESTER

82 Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder?

Nei ☐ Ja ☐

83 Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder?

Nei ☐ Ja ☐

84 Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder?

Nei ☐ Ja ☐

85 Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?

antall tenner

86 Har du gebiss?

Nei ☐ Ja ☐