

## Årlig oppfølging **Birkebeiner aldringsstudien** Spørreskjema 4/5 års oppfølging 2014

**Kjære Birkebeiner**

Mai 2014

Takk for at du tok deg tid og ville være med på vårt forskningsprosjekt i 2009 og/eller 2010. Vedlagt følger et spørreskjema som vi ber deg besvare som ledd i vår årlige oppfølging. Vi ber deg om å besvare dette uavhengig om du var påmeldt årets (2014) Birkebeinerrenn. Spørreskjemaet i år er noe kortere enn det du besvarte det første året. Vi er først og fremst er interessert i om du fortsatt deltar i Birkebeinerrennet, din fysiske aktivitet og om det er noen endringer i din helse og funksjon. Vi bruker de samme skjemaene (SF-12, MHAQ, IPAQ). I tillegg er det med et spørreskjema om benskjørhet som kun skal besvares av kvinner. Vedlagt finner du også et nyhetsbrev som gir informasjon om Birkebeiner aldringsstudien – og resultater så langt. Birkebeiner aldringsstudien samarbeider med Folkehelseinstituttet. Du finner mer informasjon på [www.kavlisenter.no](http://www.kavlisenter.no)

### **Med beste hilsen**

#### **Anette Hylén Ranhoff, professor og prosjektleder**

Kavlis forskningscenter for geriatri og demens, Universitetet i Bergen  
og Diakonhjemmet sykehus, Oslo.

### **Og de andre i prosjektgruppen:**

Marius Myrstad, lege i spesialisering i indremedisin, Diakonhjemmet sykehus, Oslo.  
Anne Kristine Gulsvik, doktorgradskandidat i geriatri, Oslo Universitetsykehus, Ullevål.  
Jostein Grimsmo, overlege og Ph.D, Feiringklinikken.  
Marte Mellingseter, doktorgradskandidat i geriatri, Oslo Universitetsykehus, Ullevål.  
Ida Kristine Sangnes, forskningskoordinator, Kavlis forskningscenter for geriatri og demens,  
Haraldsplass sykehus, Bergen.

### **Kontaktinformasjon:**

Prosjektleder: Anette Hylén Ranhoff, e-post: [ahranhoff@yahoo.no](mailto:ahranhoff@yahoo.no)  
Koordinator: Ida Kristine Sangnes tlf: 55979197, e-post: [ida.kristine.sangnes@haraldsplass.no](mailto:ida.kristine.sangnes@haraldsplass.no)  
Postadresse: Kavli forskningscenter, Haraldsplass Diakonale Sykehus, postboks 6165, 5892 Bergen

ID-nr.

1. Var du påmeldt i årets Birkebeinerrenn (2014)? .....  Ja  Nei
2. Har du deltatt i andre turrenn i 2014? .....  Ja  Nei
3. Har du deltatt i sykkelritt, terrengløp eller gateløp i 2013? ...  Ja  Nei

4. Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?

(Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

	Ingen	Under 1 time	1-2 timer	3 timer eller mer
Lett aktivitet (ikke svett/andpusten) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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 ett kryss i den ruta som passer best, d.v.s. hvis du driver mosjonsidrett så krysser du der – selv om du også både leser og ser på fjernsyn)

- Lese, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?
- Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka?  
(Her skal du regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m)
- Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l?  
(Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)
- Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka.

6. Sammenliknet med for et år siden – trener du like mye?

- Mye mindre  Litt mindre  Like mye  Litt mer  Mye mer

7. Har du siden 2011 vært rammet av sykdom eller skade som var så alvorlig at det førte til avbrudd i treningen i mer enn 3 måneder eller behandling på sykehus?

- Ja  Nei

8. Kryss av for aktuelle slike sykdommer eller skader: (du kan sette flere kryss)

- Kreft, type: \_\_\_\_\_
- Hjertesykdom, type: \_\_\_\_\_
- Hjerneslag: Var det blødning  eller infarkt  ?
- Brudd, type: \_\_\_\_\_
- Skade i ledd, muskel eller sener, type: \_\_\_\_\_
- Leddlidelse (f.eks. artrose, leddgikt), type: \_\_\_\_\_
- Rygglidelse (f.eks. prolaps).
- Infeksjoner, type: \_\_\_\_\_
- Anne sykdom eller skade, type: \_\_\_\_\_

9. Har du siden 2011 hatt en eller flere skader som har vært undersøkt/behandlet hos lege eller i sykehus:

a. Hvor mange skader har du hatt?

- Ingen     En     Flere

For de videre spørsmålene; gi svar for den alvorligste skaden hvis det var flere:

b. Var det en fallulykke ?

- Ja     Nei

c. Skaden skjedde under følgende aktivitet:

- I hjemmet  
 På arbeid  
 På vei til/fra arbeid  
 Under trening eller idrett, type aktivitet: \_\_\_\_\_  
 I trafikken  
 Annen aktivitet: \_\_\_\_\_

10. Har du siden 2011 hatt atrieflimmer (forkammerflimmer, "harehjerte", anfall med hurtig uregelmessig hjertereksjon)?

- Ja, en gang     Ja, flere ganger     Ja, har det kronisk     Nei

11. Har du siden 2011 vært innlagt på sykehus?     Ja     Nei

Hvis Ja:

Hvor lenge var du innlagt? \_\_\_\_\_

For hvilken sykdom eller skade var du innlagt? \_\_\_\_\_

12. Har du siden 2011 vært innlagt i rehabilitering/opptreningscenter eller sykehjem?

- Ja     Nei

Hvis Ja:

I så fall, hvor mange uker? \_\_\_\_\_

13a. Har du siden 2011 begynt med nye faste legemidler?     Ja     Nei

13b. Hvilke legemidler bruker du fast nå? (SKRIV NED LEGEMIDLENE OG DOSE)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

14a. Er det noen endring i hvem du bor sammen med sammenliknet med i 2011?

- Ja       Nei

14b. Hvis Ja – fyll ut under (sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall)

- Bor alene  
 Ektefelle/ samboer  
 Andre personer over 18 år    Antall: .....

Personer under 18 år        Antall: .....

15. Noen mennesker trenger regelmessig omsorg eller assistanse pga langtkommen sykdom eller funksjonssvikt. Har du bidratt med slik omsorg eller assistanse til venn/familie i løpet av den siste måneden?     Ja     Nei

16. Angi din vekt og høyde nå:                      Vekt (kg).....                      Høyde (cm).....

## Fysisk aktivitet

Du skal krysse av på skjemaet din fysiske aktivitet siste uke.

(Det er kun aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk som skal rapporteres).

17a. Hvor mange dager i løpet av de 7 siste dager har du drevet med meget anstrengende fysiske aktiviteter som tunge løft, gravearbeid, aerobics eller sykle fort? Tenk bare på de aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk.

..... dager pr. uke                       Ingen (gå til spørsmål 19a)

17b. På en vanlig dag hvor du utførte meget anstrengende fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?

..... timer og ..... minutter

18a. Tenk på de aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk som skal rapporteres. Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med middels anstrengende fysiske aktiviteter som å bære lette ting, sykle i moderat tempo eller mosjonstennis? Ikke ta med gange.

..... dager pr. uke                       Ingen (gå til spørsmål 20a)

18b. På en vanlig dag hvor du utførte middels anstrengende fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?

..... timer og ..... minutter

19a. Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager, gikk du minst 10 minutter i strekk for å komme deg fra et sted til et annet? Dette inkluderer gange på jobb, hjemme, gange til buss, eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden.

..... dager pr. uke  Ingen (gå til spørsmål 21)

19b. På en vanlig dag hvor du gikk for å komme deg fra et sted til et annet, hvor lang tid brukte du da totalt på å gå?

..... timer og ..... minutter

20. Dette spørsmålet omfatter all tid du tilbringer i ro (sittende) på jobb, hjemme, på kurs og på fritiden. Det kan være tiden du sitter ved et arbeidsbord, hos venner, mens du leser eller sitter eller ligger for å se på TV. I løpet av de siste 7 dager, hvor lang tid brukte du vanligvis totalt på å sitte på en vanlig hverdag?

..... timer og ..... minutter

## Vurdering av din egen helse og funksjon

**Instruksjon:** Dette spørreskjemaet handler om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål. Hvert spørsmål skal besvares ved å sette et kryss i ruten utenfor det alternativet som passer best for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

21. Stort sett, vil du si at din helse er:

Utmerket  Meget god  God  Nokså god  Dårlig

22. De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje kan utføre i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Hvis ja, hvor mye?

Aktiviteter	Ja, begrenser meg mye	Ja begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Moderate aktiviteter som å flytte et bord støvsuge, gå en tur eller drive hagearbeid ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gå opp trappen flere etasjer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

a. Du har utrettet mindre enn du har ønsket?  Ja  Nei

b. Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål?  Ja  Nei

24. I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av de følgende problemene i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (som f. eks å være deprimentert eller engstelig).

- a. Du har utrettet mindre enn du hadde ønsket?  Ja  Nei  
 b. Du har utført arbeidet eller andre gjøremål mindre grundig enn vanlig?  Ja  Nei

25. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

- Ikke i det hele tatt  Litt  En del  Mye  Svært mye

26. De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst velg det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:  
 (Sett ett kryss på hver linje)

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a. Følt deg rolig og harmonisk?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatt mye overskudd?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Følt deg nedfor og trist? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?

- Hele tiden  
 Nesten hele tiden  
 En del av tiden  
 Litt av tiden  
 Ikke i det hele tatt

28. Vurdering av din egen helse og funksjon. (Du skal krysse av i skjemaet hvordan du har følt deg den siste uken).

I løpet av siste uken, kunne du	Uten problem	Med visse problemer	Med store problemer	Kunne ikke
Kle på deg selv, inkl. å knytte skolisser og å kneppe knapper? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme opp i og ut av sengen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løfte en full kopp eller et fullt glass til munnen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå utendørs på flat mark?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske og tørke deg over hele kroppen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bøye deg for å ta opp klær fra gulvet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skru vanlige kraner opp og igjen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme inn og ut av en bil?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Tillegg spørreskjema for kvinner om osteoporose (benskjørhet)

29. Har du noen gang fått målt din bentetthet med tanke på osteoporose (benskjørhet)?

- Ja       Nei

30. Hva var resultatet?

- Normalt  
 Osteopeni (lett nedsatt bentetthet, fare for osteoporose)  
 Osteoporose

*(Legg eventuelt ved dokumentasjon for resultatet, se nederst på skjema)*

31. Kryss for deg selv og de slektninger som har eller har hatt noe av følgende:

	Meg selv	Mor	Far	Bror	Søster
Osteoporose (benskjørhet) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i håndledd etter 50 års alder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i overarm etter 50 års alder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i ryggvirvel etter 50 års alder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Sykdommer som gir risiko for osteoporose: Har du selv hatt eller har: *(sett kryss)*

- Diabetes type 1 .....
- Kreftsykdom .....
- Leddgikt (revmatoid artritt) .....
- Tarmsykdom som gir nedsatt opptak av næring  
(cøliaki, inflammatorisk tarmsykdom) .....
- Spiseforstyrrelse (anoreksi) .....
- Lange perioder (måned) uten menstruasjon utenom graviditet  
og før overgangsalderen .....

33. Medisinsk behandling som gir risiko for osteoporose:

Har du selv fått eller får følgende medisinske behandling: *(sett kryss)*

- Cellegift mot kreft .....
- Antihormonbehandling mot brystkreft .....
- Kortisonpreparater i mer enn 3 måneder (f.eks. Prednisolon, Medrol) .....
- Epilepsimedisin .....
- Tyrosin (Levaxin).....

**34. Livsstilsfaktorer av betydning for osteoporose: (sett kryss)**

- Nåværende røyker .....
- Alkohol: 3 eller flere alkoholenheter per dag .....
- Tar tilskudd av kalk (kalsium) .....
- Tar tilskudd av vitamin D (tran, vitamin D tabletter, multivitamin eller dråper) .
- Kalsiumrik mat du spiser daglig (1 porsjon tilsvarer:  
et glass melk, en yoghurt, ost på brødet) – Antall porsjoner per dag: .....

**35. Bruker du medisin mot osteoporose: (sett kryss)**

- Calcigran forte (eller annet legemiddel som inneholder kalsium og vitamin D) .
- Alendronat (Fosamax), Risendronat .....
- Annen osteoporosemedisin (f.eks. Aclasta, Prolia, Evista) .....

Hvis du har skriftlig dokumentasjon på bentetthetsmålingen ber vi om at du vedlegger en kopi. Hvis du har tatt bentetthetsmåling, men ikke har noen skriftlig dokumentasjon, ber vi om at du gir oss tillatelse til å innhente denne:

Jeg gir tillatelse til at resultatet av bentetthetsmåling innhentes hos min lege/sykehus

.....  
(underskrift)

Bentetthetsmålingen ble gjort hos:

.....  
(navn og adresse på lege/sykehus)

Hvis du ikke har fått utført bentetthetsmåling, vil vi tilby deg dette uten at det koster noe i Oslo eller i Bergen (vi kan dessverre ikke dekke reiseutgifter):

- Jeg ønsker bentetthetsmåling i Oslo (Diakonhjemmet sykehus)
- Jeg ønsker bentetthetsmåling i Bergen (Haukeland Universitetssykehus)