

IP.nr. 

--	--	--	--	--

SPØRGESKEMA

**LSADT 2007**

Longitudinal Study of Aging Danish Twins

Institut for Sundhedstjenesteforskning, Epidemiologi

Interviewer: \_\_\_\_\_

Dato for interview: \_\_\_\_\_



**1. Hvornår er De født?**

Dag: \_\_\_ Måned: \_\_\_ År: \_\_\_

**2. Hvordan vil De alt i alt vurdere Deres nuværende helbredstilstand?**Virkelig god ..... 1God ..... 2Nogenlunde ..... 3Dårlig ..... 4Meget dårlig ..... 5**3. Har en læge nogensinde har fortalt Dem, at De har eller har haft følgende sygdomme:**

**Spm. 3:** Læg mærke til, at spørgsmålet går på sygdomme som en læge har sagt, IP havde. Hvis IP svarer Ja checkes derfor igen, at en læge har sagt det, før der krydses ved "Ja". Som et eksempel vil mange ældre sige "Ja" til uregelmæssig hjerterytme, men der skal kun kodes "Ja", hvis en læge har sagt, at IP har uregelmæssig hjerterytme. Hvis IP får medicin for en sygdom og derfor er symptomfri, har IP stadig sygdommen, og der kodes "Har nu". Dette kan fx være tilfældet med hjertekrampe, vand i lungerne, forhøjet blodtryk mv.

	Har nu	Har haft	Nej
<b>a)</b> Sukkersyge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>b)</b> Slidgigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>c)</b> Ledegigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>d)</b> Urinsyre gigt (podagra)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>e)</b> Knogleafkalkning eller knogleskørhed (ostoporose)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>f)</b> Kronisk bronkitis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>g)</b> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>h)</b> Astma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>i)</b> Grå stær	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>j)</b> Grøn stær	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>k)</b> Forkalkning i øjet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>l)</b> Blodprop i øjet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>m)</b> Meningitis (hjernehindebetændelse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>n)</b> Hjernebetændelse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**Fortsættes...**

	Har nu	Har haft	Nej
<b>o)</b> Parkinsons syge (rystelammelse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>p)</b> Godartet rysten (Essentiel Tremor)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>q)</b> Epilepsi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>r)</b> Migræne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>s)</b> Kræft, bortset fra hudkræft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>t)</b> Hudkræft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>u)</b> Blodprop i hjernen, hjerneblødning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>v)</b> Blodprop i benet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>w)</b> Blodprop i lungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>x)</b> Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>y)</b> Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>z)</b> Uregelmæssig hjerterytme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>æ)</b> Forhøjet blodtryk, der bliver/blev behandlet med medicin på recept	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>ø)</b> Dårligt hjerte i øvrigt (fx hjertesvigt)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>å)</b> Vand i lungerne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>aa)</b> Åreknuder i benene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>bb)</b> Dårligt blodomløb i benene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>cc)</b> Galdesten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>dd)</b> Gulsot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>ee)</b> Mavesår, der bliver/blev behandlet med medicin på recept	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>ff)</b> Mavesår, der blev behandlet med operation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>gg)</b> Dårlige nyrer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>hh)</b> Nyresten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>ii)</b> For højt stofskifte (Basedow)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>jj)</b> For lavt stofskifte (myxødem)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>kk)</b> Forstørret skjoldbruskkirtel (struma)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>ll)</b> Andre sygdomme i skjoldbruskkirtlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>mm)</b> Diskusprolaps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>nn)</b> Psykiske sygdomme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**Fortsættes...**



**5. Kan de klare at gå på toilettet?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra anden person .....  3Nej .....  4

Gå til spm. 6

**5a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2**6. Har De den sidste måned oplevet en så stærk vandladningstrang, at De har svært ved at nå på toilettet i tide?**Nej.....  1Ja, én gang .....  2Ja, flere gange .....  3Ved ikke .....  8**6a. Hvis "Ja, flere gange":**Mindre end én gang om ugen .....  1Én eller flere gange om ugen, men ikke dagligt ....  2Dagligt .....  3**7. Kan De komme i bad?**

(Bruse- eller karbad)

Ja, helt uden hjælp.....  1Ja, men modtager hjælp til en del af kroppen .....  2Ja, men modtager hjælp til flere dele af kroppen  
eller kommer ikke i bad .....  3**8. Kan De tage tøj på overkroppen?**Ja .....  1Ja, med hjælp fra en person .....  2Nej .....  3

Gå til spm. 9

**8a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**9. Kan De tage tøj på underkroppen?**Ja .....  1Ja, med hjælp fra en person .....  2Nej .....  3

Gå til spm. 10

**9a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**10. Kan De spise uden hjælp?**Ja, helt uden hjælp .....  1Ja, men får hjælp til fx at skære kød/ smøre brød.  2Nej, får hjælp til at spise .....  3

---

**11. Kan De rejse Dem fra en stol og en seng?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra anden person .....  3Nej .....  4

Gå til spm 12

**11a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**12. Kan De gå omkring i huset?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra anden person .....  3Nej .....  4

Gå til spm 13

**12a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**13. Kan De gå op og ned af en trappe fra én etage til en anden uden at hvile?**Ja, uden problemer .....  1Ja, med lidt problemer .....  2Ja, med meget besvær .....  3Nej .....  4

---

**14. Kan De gå på trapper til 2. sal?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra person .....  3Nej .....  4

Gå til spm. 15

**14a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**15. Kan De gå udendørs, fx i haven?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra person .....  3Nej .....  4

Gå til spm. 16

**15a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2



**16. Kan De gå 400 meter uden at hvile?**Ja, uden problemer ..... 1Ja, med lidt problemer ..... 2Ja, med meget besvær ..... 3Nej ..... 4**17. Dyrker De for øjeblikket nogen form for let motion, fx let havearbejde, let gymnastik, korte spadserer- eller cykleture?**Ja ..... 1Nej ..... 2

Gå til spm. 18

**17a. Hvor ofte?**Hver dag, eller næsten hver dag ..... 1Flere gange om ugen ..... 2Ca. 1 gang om ugen ..... 3Ca. 2-3 gange om måneden ..... 4Ca. 1 gang om måneden ..... 5**Spm. 17-18.** Kortere skal forstås som mindre end ½ time, mens længere er ½ time eller mere**18. Dyrker De for øjeblikket nogen form for hård motion, fx tungt havearbejde, lange spadserer- eller cykleture, idræt, gymnastik eller dans?**Ja ..... 1Nej ..... 2

Gå til spm. 19

**18a. Hvor ofte?**Hver dag, eller næsten hver dag ..... 1Flere gange om ugen ..... 2Ca. 1 gang om ugen ..... 3Ca. 2-3 gange om måneden ..... 4Ca. 1 gang om måneden ..... 5

**19. Kan De gå udendørs i godt vejr ½-1 time?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra person .....  3Nej .....  4

Gå til spm. 20

**19a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**20. Kan De gå udendørs i dårligt vejr ½-1 time?**Ja .....  1Ja, med hjælpemidler .....  2Ja, med hjælp fra person .....  3Nej .....  4

Gå til spm. 21

**20a. Bliver De træt?**Ja .....  1Nej .....  2

---

**21. Har De løbet 10 meter eller mere inden for det sidste år?**Ja .....  1Nej .....  2

Gå til spm. 22

**21a. Hvor langt kan De løbe uden at hvile Dem undervejs?**Kan ikke løbe .....  1Få skridt .....  210 - 100 meter .....  3100 - 500 meter .....  40,5 - 1 kilometer .....  51 - 5 kilometer .....  6Mere end 5 kilometer .....  7

**22. Kan De selv bære 5 kg, fx en pose indkøbsvarer?**Ja, uden besvær ..... 1Ja, med lidt besvær ..... 2Ja, med meget besvær ..... 3Nej ..... 4

---

**23. Kan De læse en almindelig avistekst?***(Med briller hvis sådanne bruges)*Ja, uden besvær ..... 1Ja, med lidt besvær ..... 2Ja, med meget besvær ..... 3Nej ..... 4

---

**24. Hvad vejer De nu?**Kg:   **24a. Er vægten:**Ifølge IP ..... 1Skønnet af interviewer/proxy ..... 2

---

**25. Hvad høj er De?**Cm:   **25a. Er højden:**Ifølge IP ..... 1Skønnet af interviewer/proxy ..... 2

---

**26. Den næste øvelse tester Deres kraft i underarmene og hænderne. Jeg vil bede Dem om at klemme så hårdt som muligt om håndtaget:**

*(Test ikke gennemført / IP ikke udsat for test skriv 0)*

**Højre hånd:**  kg.     kg.     kg.

**Venstre hånd:**  kg.     kg.     kg.

**27. Testen er udført:**

IP gennemførte testen .....  1

IP gennemførte mindre end 3 klem .....  2

IP gennemførte ikke testen .....  3      Gå til spm 29

**28. Testen er udført:**

Stående .....  1      Gå til spm 30

Siddende .....  2      Gå til spm 30

**29. Testen er ikke udført, fordi:**

(gerne flere kryds)

a) Synshandicappet .....  1

b) Hørehandicappet .....  1

c) Lammelse .....  1

d) Kunne ikke forstå instruktion pga dårlig kontakt .  1

e) Sengeliggende .....  1

f) Vil ikke .....  1

g) Anden grund .....  1

Hvis anden grund, hvilken: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**30. Ryger De nu?**

Ja, mere end 1 cigaret/cerut/pibestop pr. dag ..... 1

Ja, men mindre end 1 cigaret/cerut/pibestop pr. dag . 2

Nej ..... 3 Gå til spm. 32

**31. Hvor meget ryger (eller røg) De gennemsnitligt om dagen?**

Antal cigaretter med filter:

Antal cigaretter uden filter:

Antal cerutter:

Antal cigarer:

Antal pibestop:

**32. Så vil jeg gerne sige mange tak, fordi De medvirkede i undersøgelsen. Må vi kontakte Dem igen i fremtiden?**

Ja ..... 1

Nej ..... 2

<b>Til interviewer</b>
------------------------

**33. Viste IP nogen tegn på at være konfus under interviewet, såsom vanskelighed ved at huske tid, sted eller andre ting?**

Ja .....  1

Nej .....  2

**Hvis ja, hvorledes?**

---



---



---

**34. Hvem blev interviewet gennemført med?**

IP alene .....  1

Gå til spm. 35

IP og proxy, men kun IP svarede .....  2

IP og proxy, og proxy blandede sig .....  3

**34a. Hvilken relation har proxy til IP?**

Ægtefælle .....  01

Barn .....  02

Barnebarn .....  03

IP's søskende i øvrigt .....  04

Andre slægtninge .....  05

Plejepersonale .....  06

Hjemmehjælper .....  07

Ven, bekendt .....  08

Andet .....  09

**34b. Hvor ofte ser proxy IP?**

Dagligt .....  1

Ugentligt .....  2

Månedligt .....  3

Sjældnere .....  4

