

Hvordan har du det?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt voksne i Region Midtjylland

2006



REGION
MIDTJYLLAND
Under dannelse

Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at beskrive sundhedstilstanden blandt voksne i Region Midtjylland. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Har man udfyldt spørgeskemaet, kan man endvidere til enhver tid anmode om at udgå af undersøgelsen og få sine data slettet.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi oplysninger om lægebesøg, indlæggelse på sygehus, receptmedicin og andre oplysninger om helbredsforhold fra sundhedsvæsenets databaser.

Dine svar beskyttes af lov om behandling af personoplysninger. Det betyder, at alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik. Resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Nummeret øverst på side 28 er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor en påmindelse til alle, vi ikke har modtaget svar fra efter to uger.

Vi trækker lod om tre præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse:

1. præmie: 6.000 kr. 2. præmie: 4.000 kr. 3. præmie: 2.000 kr.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 86 10 11 51 (man-fre 10-15) eller sende en e-mail til hdd@ag.aaa.dk

Med venlig hilsen

Finn Breinholt Larsen
Projektansvarlig

Louise Nordvig
Projektkoordinator

Dorte Søe
Projektsekretær

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd** filtpen.

Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke, som vist i nedenstående eksempler.

	RIGTIGT!		FORKERT!	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Sæt tydelige kryds X	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert , skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tallene skrives i felterne	0,2 år	4	2	år
Tallene rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover	1, 5 år		1, 9 år	

Har du svært ved at læse?



Ring på **20 22 16 16** og få hjælp til at udfylde skemaet

Køn og alder

1. Er du

Mand	<input type="checkbox"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>

2. Hvornår er du født?

	Dato	Måned	År
Skriv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Helbred og trivsel

3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen.

4. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter. I så fald, hvor meget?

(Sæt X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
--	---------------------	--------------------	--------------------------

Lette aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
--	------------	--------------------	----------------	---------------	--------------------

Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde, eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

8. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:

(Sæt X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Har du følt dig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været fuld af energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig trist til mode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)

Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

Behov for støtte og hjælp

- 10. Har du, på grund af sygdom eller andre problemer med helbredet, brug for hjælp fra venner, familie eller fx hjemmehjælp til at klare dine daglige gøremål?**

Nej, jeg har ikke brug for hjælp → Gå til spørgsmål 13

Ja, jeg har brug for hjælp

- 11. Hvad har du brug for hjælp til?**

(Sæt ét eller flere X)

Jeg har brug for hjælp til at...

Lave mad	<input type="checkbox"/>
Spise	<input type="checkbox"/>
Vaske mig	<input type="checkbox"/>
Klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Købe ind	<input type="checkbox"/>
Betale regninger	<input type="checkbox"/>
Gøre rent	<input type="checkbox"/>
Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>
Gå til læge	<input type="checkbox"/>
Gå en tur	<input type="checkbox"/>

Andet, *skriv hvad:*

- Hvad får du hjælp til?**

(Sæt ét eller flere X)

Jeg får hjælp til at...

Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>
Lave mad	<input type="checkbox"/>
Spise	<input type="checkbox"/>
Vaske mig	<input type="checkbox"/>
Klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Købe ind	<input type="checkbox"/>
Betale regninger	<input type="checkbox"/>
Gøre rent	<input type="checkbox"/>
Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>
Gå til læge	<input type="checkbox"/>
Gå en tur	<input type="checkbox"/>

Andet, *skriv hvad:*

- 12. Hvem hjælper dig?**

(Sæt ét eller flere X)

Min familie	<input type="checkbox"/>
Ven, veninde	<input type="checkbox"/>
Nabo	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjælp, plejepersonale	<input type="checkbox"/>
En besøgsven	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>
Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>

Smerter og ubehag de sidste 14 dage

- 13. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt generet	Ja, meget generet
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i maven eller oppustet mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, hård eller tynd mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivssmerter, kraftige menstruationssmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at holde på vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at komme af med vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed eller søvnbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hududslet, hudkløe eller eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsgener trods briller / linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høregener eller nedsat hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

– skriv hvad: _____

Langvarig sygdom og eftervirkninger

14. Her er en liste over forskellige helbredsproblemer og sygdomme. Angiv ved hver sygdom om du har den nu eller har haft den tidligere.

	(Kun ét X i hver linje)			→	(Kun ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, har haft det tidligere		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
					JA	NEJ
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt, leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forbigående psykisk lidelse (fx let depression eller angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre langvarige sygdomme nu, eller har du haft det tidligere?

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	Jeg har det nu	Jeg har haft det tidligere	→	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				JA	NEJ
		<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"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Er du hæmmet i din daglige udfoldelse af sygdom, skader eller eftervirkninger af disse?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule hele tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, meget en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, meget hele tiden	<input type="checkbox"/>

Dagligdagens stress

16. Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den sidste måned.

(Sæt X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte er du blevet bragt ud af det, over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de vigtige ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at problemer hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg ryger ikke	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24

18. Hvor meget ryger du i løbet af et døgn?

Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Antal pibestop	<input type="text"/>

19. Hvor lang tid går der fra du vågner, til du ryger dagens første cigaret (cerut, cigar, pibe)?

(Kun ét X)

Højst 5 minutter	<input type="checkbox"/>
6-30 minutter	<input type="checkbox"/>
31-60 minutter	<input type="checkbox"/>
Over 60 minutter	<input type="checkbox"/>

20. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

(Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en ca. alder)

Skriv alder	<input type="text"/>	år
I hvor mange år har du i alt røget dagligt?	Skriv antal år	<input type="text"/>

21. Hvor mange gange har du prøvet at holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
1 gang	<input type="checkbox"/>
2 gange	<input type="checkbox"/>
3-5 gange	<input type="checkbox"/>
6 eller flere gange	<input type="checkbox"/>

22. Vil du gerne holde op med at ryge?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 27

Ved ikke

23. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? Fx rygestopkursus, støtte fra din læge, akupunktur.

Ja → Gå til spørgsmål 27

Nej → Gå til spørgsmål 27

→ 24. Har du tidligere røget hver dag?

Nej, jeg har aldrig røget hver dag → Gå til spørgsmål 27

Ja, jeg har tidligere røget hver dag

25. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

(Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en ca. alder)

Skriv alder år

Hvornår holdt du op med at ryge dagligt? Skriv årstal

Skriv måned, hvis det er inden for de seneste 12 måneder

I hvor mange år har du i alt røget dagligt? Skriv antal år

26. Hvor meget plejede du at ryge pr. dag?

Antal cigaretter

Antal cerutter

Antal cigarer

Antal pibestop

→ 27. Synes du, at rygning på følgende steder skal være tilladt, begrænset eller forbudt?

(Sæt X i hver linje)	Tilladt overalt	Begrænset til enkelte områder	Helt forbudt
Folkeskoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejdspladser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygehuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Værtshuse og caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butikcentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrætsklubber / sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Børnehaver / vuggestuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offentlige kontorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Har du en ægtefælle / samlever, der ryger?

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

29. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

30. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?

(Kun ét X)

Jeg arbejder ikke	<input type="checkbox"/>
Det er tilladt at ryge overalt	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til enkelte rygeområder	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er helt forbudt	<input type="checkbox"/>

Alkohol

31. Har du drukket alkohol inden for det sidste år?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 41 side 12

32. Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja

Nej

33. Er der nogen der, inden for det sidste år, har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja

Nej

34. Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja

Nej

35. Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

Nej

36. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

37. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag 2 dage 3 dage 4 dage 5 dage 6 dage 7 dage

Så meget er en genstand:



1 pilsner
(33 cl)



1 glas vin
(12 cl)



1 glas hedvin
(8 cl)



1 glas spiritus
(4 cl)

1 guldøl indeholder ca. $1\frac{1}{4}$ genstand

1 stærk øl indeholder ca. $1\frac{1}{2}$ -2 genstande

1 flaske vin (75 cl) indeholder ca. 6 genstande

1 flaske spiritus (70 cl) indeholder ca. 18-20 genstande

1 lys øl indeholder ca. $\frac{1}{2}$ genstand

38. Hvor mange genstande drikker du sædvanligvis om ugen?

(Kun ét X)

Under 2 genstande	<input type="checkbox"/>
2-7 genstande	<input type="checkbox"/>
8-14 genstande	<input type="checkbox"/>
15-21 genstande	<input type="checkbox"/>
22-30 genstande	<input type="checkbox"/>
Over 30 genstande	<input type="checkbox"/>

39. Hvor tit drikker du ved en enkelt lejlighed 5 genstande eller flere?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

40. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Hos lægen

- 41. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 3 år (fra starten af 2003 til nu)?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 43

42. Har din egen læge i løbet af de seneste 3 år rådet dig til

(Sæt X i hver linje)

	Ja	Nej	Husker ikke
At holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tabe dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage på i vægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At dyrke mere motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nedsætte dit alkoholforbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At ændre dine kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage den mere med ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 43. Tænk på de seneste 3 år: Har du fået fysisk genoptræning for noget, du har fejlet?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 46

44. Var du tilfreds med den genoptræning du fik?

Ja, helt tilfreds

Ja, men jeg kunne godt have brugt noget mere

Nej

– skriv hvorfor: _____

45. Tænk på de seneste 3 år: Har du haft brug for fysisk genoptræning uden at kunne få det?

Nej

Ja

– skriv hvilke færdigheder du havde brug for at få genoptrænet (fx gang på trapper eller påklædning): _____

Kost

Sæt kryds ved de svar, som passer bedst til dine spisevaner.

→ 46. Hvor ofte spiser du følgende slags brød?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Rugbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst franskbrød, boller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groft franskbrød, grovboller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Smør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Mager ost (30+ eller derunder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fed ost (45+ eller derover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kødpålæg, leverpostej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin, lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags-, vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsager i sammenkogte eller wokretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

(Sæt X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flydende margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården o.lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madolie, salatolie, rapsolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke ved det, fx fordi du får mad udefra, sæt X her

52. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos

(Kun ét X)

Mere end 6 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om dagen	<input type="checkbox"/>
3-4 om dagen	<input type="checkbox"/>
1-2 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 om ugen	<input type="checkbox"/>
Ingen / næsten ingen	<input type="checkbox"/>

Højde og vægt

53. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm

54. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Skriv vægt kg

55. Hvordan vurderer du selv din vægt?

Den er for lav → Gå til spørgsmål 57

Den er tilpas → Gå til spørgsmål 57

Den er lidt for høj

Den er alt for høj

56. Vil du gerne tabe dig?

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke


Bevægelse i dagligdagen

Det følgende handler om, hvor meget du bevæger dig såvel på arbejde som i fritiden. Med bevægelse menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter. Der tænkes altså *ikke* kun på motion, idræt eller lignende.

→ 57. Arbejde eller anden daglig beskæftigelse – det seneste år

(Kun ét X)

Sidder mest	<input type="checkbox"/>
Sidder ned halvdelen af tiden	<input type="checkbox"/>
Står mest	<input type="checkbox"/>
Går mest, løfter, bærer lidt	<input type="checkbox"/>
Går mest, løfter, bærer meget	<input type="checkbox"/>
Har hårdt fysisk arbejde	<input type="checkbox"/>



58. Gang og cykling – det seneste år

(Kun ét X)



Næsten aldrig	<input type="checkbox"/>
Mindre end 20 min. pr. dag	<input type="checkbox"/>
20-39 min. pr. dag	<input type="checkbox"/>
40-59 min. pr. dag	<input type="checkbox"/>
1-1½ time pr. dag	<input type="checkbox"/>
1½-2 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
Mere end 2 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>



59. Hus- og havearbejde – det seneste år

(Kun ét X)

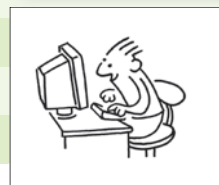
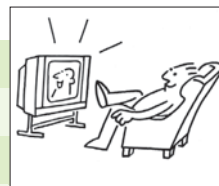
Mindre end 1 time pr. dag	<input type="checkbox"/>
1-2 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
2-3 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
3-4 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
4-5 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
5-6 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>
Mere end 6 timer pr. dag	<input type="checkbox"/>

60. I fritiden – det seneste år

Sidder, ser TV, læser

(Kun ét X)

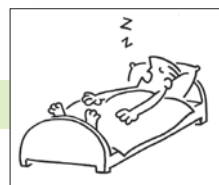
Mindre end 1 time pr. dag 1-2 timer pr. dag 2-3 timer pr. dag 3-4 timer pr. dag 4-5 timer pr. dag 5-6 timer pr. dag Mere end 6 timer pr. dag 

Dyrker motion (udover det du har angivet som gang og cykling i spørgsmål 58)

(Kun ét X)

Mindre end 1 time pr. uge 1-2 timer pr. uge 2-3 timer pr. uge 3-4 timer pr. uge 4-5 timer pr. uge Mere end 5 timer pr. uge 

61. Hvor mange timers søvn får du i døgnet?

Antal timer

62. Hvordan vurderer du din fysiske form alt i alt?

(Kun ét X)

Virkelig god God Nogenlunde Mindre god Dårlig 

63. Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke

64. Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Nej

Ja

– skriv hvad: _____

65. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – fx motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid.

(Kun ét X)

Ingen dage 4 dage

1 dag 5 dage

2 dage 6 dage

3 dage Hver dag

Vold og trusler

66. Er du inden for det seneste år blevet udsat for trusler om vold, som var så alvorlige, at du blev bange?

Ja Nej

67. Er du inden for det seneste år blevet udsat for fysisk vold?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 68

Hvis ja, hvor skete det?

På arbejde eller uddannelsessted

I hjemmet

Hjemme hos en anden

På offentligt sted, værtshus, i tog eller bus

Andet sted

Hvis ja, medførte overgrebet skader, som måtte behandles af en læge?

Ja Nej

Samvær med familie og venner – dagligdag og fritid

- 68. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med? Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.

Venner og bekendte

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

Familie som du ikke bor sammen med

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

69. Hvor tit bliver du inviteret af andre?

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

70. Sker det nogensinde, at du er alene, selv om du mest har lyst til at være sammen med andre?

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

71. Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Sæt X i hver linje)	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har sat X ved "Andre belastninger"

– skriv hvad: _____

De følgende spørgsmål handler om den hjælp og støtte, som du regner med at kunne få fra dine venner, familie og bekendte i forskellige situationer.

72. Har du nogen, som du kan tale med om dine helt personlige bekymringer?

(Kun ét X)

Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

73. Hvis du bliver syg, er der så nogen, der kan hjælpe dig med dine daglige gøremål?

(Kun ét X)

Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

74. Har du et kæledyr, som du føler dig knyttet til?

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

75. Har du nogen, du kan spørge til råds om, hvordan du skal klare problemer, der opstår i familien?

(Kun ét X)

Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

76. Har du inden for det seneste år foretaget dig nogle af de følgende ting i din fritid?

(Sæt X i hver linje)	Dagligt	Én eller flere gange om ugen	Én eller flere gange om måneden	Ca. hver anden måned	Sjældent eller aldrig
Gået på aftenskole, daghøjskole, til foredrag eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været med i bestyrelse i forening, daginstitution, skole m.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taget en uddannelse i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrket sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udført frivilligt arbejde som træner, spejderleder, besøgsven eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået på restaurant, værtshus eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i teater, til koncert på udstilling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i biografen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overværet sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i religiøse aktiviteter, herunder gudstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i socialt samvær i lokalcenter, beboerforening, pensionistklub, bankospil, bowling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til fest eller sammenkomst med familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunget i kor eller spillet sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til møder i faglige eller politiske foreninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Hvis du skal være væk i nogle uger, kender du så nogen, der kan se efter dit hus eller din lejlighed? Se efter blomsterne, kæledyr, haven osv.

(Kun ét X)

Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

78. Hvordan synes du din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

(Kun ét X)

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

Børn, parforhold, uddannelse og arbejde

79. Er du alene, gift eller har en fast samlever?

Jeg er gift og lever sammen med min ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Jeg har en fast samlever, vi er ikke gift	<input type="checkbox"/>
Jeg er alene og har <u>ikke</u> tidligere været gift eller haft en fast samlever	<input type="checkbox"/>
Jeg er alene efter at være blevet enke eller enkemand	<input type="checkbox"/>
– skriv hvornår du blev alene <input type="text"/> årstal	
Jeg er alene, efter at være blevet skilt eller separeret fra min ægtefælle	<input type="checkbox"/>
– skriv hvornår du blev alene <input type="text"/> årstal	
Jeg er alene, efter at samlivet med min samlever er ophørt	<input type="checkbox"/>
– skriv hvornår du blev alene <input type="text"/> årstal	
Andet	<input type="checkbox"/>
– skriv hvad: _____	

80. Har du børn? Både børn der bor hjemme og børn, der ikke bor hjemme.

Ja

Nej

81. Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

Skriv antal

82. Når du tæller dig selv med, hvor mange personer på 16 år og derover bor der i din husstand?

Skriv antal

83. Hvilken skoleuddannelse har du? (Sæt X ved den længste du har fuldført)

7 års skolegang eller mindre

8-9 års skolegang

10 års skolegang

Studentereksamen, HF, HH, HTX eller tilsvarende

Andet

– skriv hvad:

84. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

Nej → Gå til spørgsmål 86

Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)

Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller EFG-uddannelse)

Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedsassistent, politibetjent, tekniker, merkonom)

Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)

Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)

Anden uddannelse

85. Hvad er din uddannelse mere præcist?

– skriv hvad:

→ 86. Hvad er din nuværende erhvervsmæssige stilling?

Hvis du er i beskæftigelse nu eller sygemeldt... (Sæt kun ét X)

Specialarbejder eller ufaglært	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Faglært arbejder	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Funktionær eller tjenestemand	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Selvstændig erhvervsdrivende	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 93 side 25
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>	

– skriv hvad: _____ → Gå til spørgsmål 93 side 25

Hvis du ikke er i beskæftigelse nu... (Sæt kun ét X)

Arbejdsløs med understøttelse	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Pensionist (folkepension m.v.)	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager eller på overgangsydelse	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp	<input type="checkbox"/>
Hjemmegående (uden andet arbejde)	<input type="checkbox"/>
På orlov (barselsorlov, uddannelsesorlov m.v.)	<input type="checkbox"/>
Under uddannelse	

– skriv hvad: _____

Andet

– skriv hvad: _____

De følgende spørgsmål skal kun udfyldes, hvis du ikke er i beskæftigelse nu, ellers → Gå til spørgsmål 93 side 25

87. Har du tidligere haft hovedbeskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle?

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 98 side 27
Ja	<input type="checkbox"/>	

88. Hvornår var du sidst i beskæftigelse?

År Måned

89. Hvad var din sidste beskæftigelse?

Specialarbejder eller ufaglært	<input type="checkbox"/>
Faglært arbejder	<input type="checkbox"/>
Funktionær eller tjenestemand	<input type="checkbox"/>
Selvstændig erhvervsdrivende	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

– skriv hvad: _____

90. Hvad var din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (*ikke blot* ansat i butik), kontorchef i kreditforening (*ikke blot* kontorchef).

– skriv hvad: _____

91. Var du offentlig ansat i din sidste beskæftigelse?

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

92. Var din sidste beskæftigelse et lederjob?

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 98 side 27
Ja, jeg havde 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 98 side 27
Ja, jeg havde 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 98 side 27
Ja, jeg havde 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 98 side 27



→ 93. Hvad er din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (*ikke blot* ansat i butik), kontorchef i kreditforening (*ikke blot* kontorchef).

– skriv hvad: _____

94. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde:

(Sæt X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skal du overskue mange ting på én gang i dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du husker meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du er god til at få idéer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du tager svære beslutninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst ville være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din energi , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din tid , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Sæt X i hver linje)	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Har du indflydelse på, hvordan du udfører dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent fysisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent psykisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at du får anerkendelse for dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du alt i alt tilfreds med dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Er du offentlig ansat?

Ja Nej

96. Har du et lederjob?

Nej Ja, mellem 1-9 underordnede Ja, mellem 10-19 underordnede Ja, 20 underordnede eller mere

97. Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

timer om ugen

- 98. **Føler du, at din arbejdsevne er nedsat?** Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, *ikke* nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.

Nej Ja, en smule Ja, en del Ja, meget

99. Har din ægtefælle / samlever arbejde?

Jeg har ingen ægtefælle / samlever Nej Ja

Hvad er hans / hendes stilling? _____

Hvor mange timer arbejder han / hun om ugen? Skriv antal timer

100. Hvordan vil du beskrive det område, du bor i?

By (1.000 indbyggere eller flere) Landsby (under 1.000 indbyggere) Landområde Andet

– skriv hvad: _____

101. Ejer du selv eller andre i din husstand

	JA	NEJ
...den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. Hvilke indkomstkilder har du for tiden?

(Sæt X i hver linje)

	JA	NEJ
Lønindkomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre erhvervsindtægter (indtægter fra egen virksomhed m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshedsunderstøttelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontanthjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orlovsydelse (barsels-, forældre-, uddannelsesorlov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uddannelsesstøtte, elevløn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

– skriv hvad: _____

103. Hvor stor var din og din husstands indkomst i 2005 før skat og andre fradrag (bruttoindkomst)?

Din egen indkomst	Din husstands indkomst (incl. din egen indkomst)
0 - 99.000 kr. <input type="checkbox"/>	0 - 99.000 kr <input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr <input type="checkbox"/>	100.000 - 149.000 kr <input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr. <input type="checkbox"/>	150.000 - 249.000 kr. <input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr. <input type="checkbox"/>	250.000 - 374.000 kr. <input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr. <input type="checkbox"/>	375.000 - 524.000 kr. <input type="checkbox"/>
525.000 kr. og derover <input type="checkbox"/>	525.000 kr. og derover <input type="checkbox"/>

Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan det gøres her:



Illustration: Hanne Ravn Hermansen

Tak for hjælpen!

Riv denne side af.

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten, porto er betalt.

Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt, som i den nye region får status som Kompetencecenter for Folkesundhed, koordinerer undersøgelsen. Det er kun forskere herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet anonymt.

Du kan læse mere om undersøgelsen på Afdelingen for Folkesundheds hjemmeside: www.sundhed.dk/info/folkesundhed

Se også Region Midtjyllands hjemmeside: www.regionmidtjylland.dk

På hjemmesiderne vil der løbende blive orienteret om undersøgelsen og dens resultater.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 86 10 11 51 (man-fre 10-15) eller sende en e-mail til hhdd@ag.aaa.dk

Viborg, 22. februar 2006

Kære borger

Du er én af 31.500 borgere i den nye Region Midtjylland, som modtager spørgeskemaet om sundhed og helbred: **Hvordan har du det?**

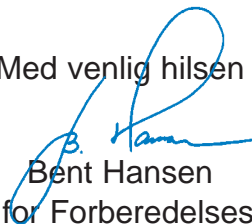
Det er vigtigt, at indsatsen for at forbedre sundheden bygger på viden om de faktiske forhold. Vi beder dig derfor besvare en række spørgsmål om dit helbred og din trivsel. Oplysningerne skal bruges til at beskrive **sundhedsvaner, sygelighed og trivsel** i de enkelte kommuner og i hele Region Midtjylland.

Du er tilfældigt udvalgt til undersøgelsen blandt alle 25-79 årige borgere i regionen. Det er naturligvis frivilligt at deltage og din besvarelse vil blive behandlet fortroligt. Jo flere, der besvarer spørgsmålene, jo mere anvendelig bliver undersøgelsen. Vi håber derfor, at du vil tage dig tid til at udfylde spørgeskemaet og sende det tilbage.

Ved at besvare spørgeskemaet giver du et **meget vigtigt bidrag** til at afdække behovet for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, så vi kan arbejde mere målrettet og effektivt til gavn for alle borgere.

Sundhedsprofilen vil være til stor hjælp, når regionen skal planlægge sundhedsarbejdet. Men også kommunerne, som i fremtiden får flere opgaver på sundhedsområdet, vil med denne undersøgelse få en uvurderlig viden og et godt grundlag for at fremme folkesundheden. På forhånd tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen



Bent Hansen

Formand for Forberedelsesudvalget

Århus Amt, Ringkjøbing Amt og dele af Viborg Amt og Vejle Amt sammenlægges den 1.1.2007 til Region Midtjylland. Det nyvalgte regionsråd fungerer i 2006 som forberedelsesudvalg, der skal planlægge aktiviteterne i regionen.