

Hvordan har du det?

EN UNDERSØGELSE AF TRIVSEL, SUNDHED OG SYGDOM
BLANDT UNGE I REGION MIDTJYLLAND



Om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge borgernes sundhed og sygdom i Region Midtjylland. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i regionen.

Undersøgelsen foretages i Region Midtjylland og tillige i de øvrige regioner i Danmark. Dele af de indsamlede data vil desuden indgå i en landsdækkende undersøgelse, som udføres af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Det er naturligvis frivilligt at deltage. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke, hvorefter de afgivne oplysninger vil blive slettet.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi supplerende oplysninger om dine kontakter med læge og sygehus samt andre helbredsoplysninger fra offentlige databaser.

Dine svar behandles fortroligt. Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af dit privatliv. Region Midtjylland er dataansvarlig. Undersøgelsen udføres af Region Midtjylland ved CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N.

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 påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Du kan også udfylde spørgeskemaet på nettet på www.hvordanhardudet.dk. For besvarelse på nettet skal du bruge dit deltagernummer og din adgangskode, som du finder nederst på spørgeskemaets bagside.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne besvarelser som tak for deltagelse. Der er to biografbilletter til de første 1.000, der svarer. Se hvad du kan vinde på præmieoversigten.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 7841 4340 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@rm.dk

Venlig hilsen

Finn Breinholt Larsen, projektansvarlig

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.

Sæt tydelige X

Hvis et felt er **udfyldt forkert**, skraveres den pågældende kasse, og krydset sættes i den rigtige

RIGTIGT!

Ja Nej

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej

Ja Nej

0,2 år

2 år

1,4 år

1,9 år

Tallene skrives i felterne

Tallene rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover

Køn, alder og modersmål

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

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

3. Hvad er dit modersmål? Det sprog du som barn har lært at tale i dit hjem.

Dansk	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

Helbred og trivsel

4. 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"/>



5. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
<i>Krævende aktiviteter</i> , som f.eks. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lettere aktiviteter</i> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <i>flere</i> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?**

(Sæt ét 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"/>

7. **Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?**

(Sæt ét 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"/>

8. **Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de sidste 4 uger?**

(Kun ét X)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

9. **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"/>

- 10. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger...**

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du været meget nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

- 11. 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? F.eks. 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"/>

Ulykker

- 12. Har du inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld uden for arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre dine daglige gøremål? F.eks. forstuvet en ankel, blevet forbrændt, været udsat for en kemisk forgiftning og lignende.**

(Sæt ét eller flere X)

Ja, en trafikulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, en hjemmeulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, en ulykke ved idræt, sport	<input type="checkbox"/>
Ja, anden fritidsulykke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

- 13. Har du inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre dine daglige gøremål?**

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

Holdninger



- 14. Forestil dig, at to personer diskuterer forskellige spørgsmål. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning.**

Angiv hvem du er mest enig med:

Pia:	Der skal ikke indføres flere begrænsninger på rygning	<input type="checkbox"/>
Mie:	Rygning burde være helt forbudt	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Svend:	Afgifterne på tobak skal hæves for at få folk til at holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>
Peter:	Politikerne skal ikke blande sig i folks rygevaner. Derfor skal afgifterne på tobak ikke hæves	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Lise:	Afgifterne på alkohol skal hæves for at få folk til at drikke mindre	<input type="checkbox"/>
Anne:	Der er ingen grund til at hæve afgifterne på alkohol	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Ole:	Afgifterne på slik og sodavand skal hæves, så folk køber mindre slik og sodavand	<input type="checkbox"/>
Per:	Det er nu engang folks eget valg, hvor meget slik og sodavand de vil spise og drikke. Derfor skal afgifterne på slik og sodavand ikke forhøjes	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Mette:	Folk spiser for lidt frugt og grønt. Derfor skal momsens på frugt og grønt fjernes, så frugt og grønt bliver billigere	<input type="checkbox"/>
Helle:	Folk er nu engang bedst til selv at afgøre, hvad de har brug for. Derfor synes jeg, at momsens skal være ens på alle varer	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Thor:	Folks sundhed er nu engang deres eget ansvar. Det skal politikerne ikke blande sig i	<input type="checkbox"/>
Niels:	Det er samfundets ansvar, at befolkningen er sund og rask	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Ulla:	Folk der lever usundt – ryger, drikker og spiser for meget – skal ikke have samme ret til behandling i sundhedsvæsenet som folk, der lever sundt	<input type="checkbox"/>
Anna:	Alle skal have den samme ret til behandling i sundhedsvæsenet, lige meget hvordan de lever	<input type="checkbox"/>

Dagligdagens stress

- 15. Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.**

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet overrevet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, 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"/>
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trivsel og livskvalitet

16. 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"/>

17. I de sidste 2 uger ...

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
.. har jeg været glad og i godt humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. har jeg følt mig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. har jeg følt mig aktiv og energisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. er jeg vågnet frisk og udhvilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Smerter og ubehag de seneste 14 dage

18. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<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"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, uheldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vold og overgreb

19. Har du i dit ungdomsliv (13-24 år) været udsat for:

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuelle overgreb (tvunget eller presset til seksuel aktivitet mod din vilje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forsøg på seksuelle overgreb (forsøg på seksuel aktivitet mod din vilje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svaret "nej" til alle spørgsmål i 19 → Gå til spørgsmål 21

20. Hvem udsatte dig for det? Svar både vedrørende fysisk vold og seksuelle overgreb.

(Sæt ét eller flere X)

	Fysisk vold eller trusler herom	Seksuelle overgreb eller forsøg herpå
Nuværende kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far/mor/stedfar/stedmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 21. Har du i din barndom (under 13 år) været udsat for:

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trusler om fysisk vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuelle overgreb (tvunget eller presset til seksuel aktivitet mod din vilje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forsøg på seksuelle overgreb (forsøg på seksuel aktivitet mod din vilje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svaret "nej" til alle spørgsmål i 21 → Gå til spørgsmål 23 side 8

22. Hvem udsatte dig for det? Svar både vedrørende fysisk vold og seksuelle overgreb.

(Sæt ét eller flere X)

	Fysisk vold eller trusler herom	Seksuelle overgreb eller forsøg herpå
Nuværende kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far/mor/stedfar/stedmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

- 23. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.

Ja Nej

24. For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje) Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere		JA	NEJ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 pectoris)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<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"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <i>mindre end 6 måneder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <i>mere end 6 måneders</i> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme	<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"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hvis ja, skriv hvilke sygdomme. Hvis nej → Gå til spørgsmål 26 side 9

1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Søvn

→ 26. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét X)

Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



27. I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sov du cirka på et almindeligt hverdagsdøgn?

Timer	<input type="text"/>	Minutter	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------

28. I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet?

(Kun ét X)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>

29. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har sovet i de seneste 4 uger.

(Sæt ét X i hver linje)

	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 gange eller flere om ugen
Har du haft svært ved at vågne, når du skulle op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mindre end 5 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mere end 9 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du brugt sovemedicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været så søvnig, at du har haft svært ved at lave dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

30. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 32
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 32
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 34
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 37 side 11

31. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

(Skriv antal)

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

→ 32. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 34
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>	

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

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

→ 34. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder	<input type="text"/>	år	Hvis du er ryger → Gå til spørgsmål 37 side 11
-------------	----------------------	----	--

UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

35. Har du tidligere røget hver dag?

Nej, jeg har aldrig røget hver dag	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 37 side 11
Ja, jeg har tidligere røget hver dag	<input type="checkbox"/>	

36. Hvornår holdt du op med at ryge?

Skriv årstal	<input type="text"/>
Skriv måned hvis det er inden for de seneste 12 måneder	<input type="text"/>

UDFYLDES AF ALLE UANSET OM DU RYGER ELLER EJ

→ 37. Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1 - 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
½ - 1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Mindre end ½ time om dagen	<input type="checkbox"/>
0 timer	<input type="checkbox"/>

38. Er der nogen blandt din familie og venner, der ryger?

(Sæt ét eller flere X)

Kæreste/partner	<input type="checkbox"/>
Forældre	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>

39. 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"/>

40. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads (uddannelsessted)?

(Kun ét X)

Jeg arbejder (studerer) 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

41. Har du drukket alkohol inden for *de seneste 12 måneder*?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 52 side 14

42. Har du inden for *de seneste 12 måneder* følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja

Nej

43. Er der nogen, inden for *de seneste 12 måneder*, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja

Nej

44. Har du inden for *de seneste 12 måneder* følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja

Nej

45. Har du inden for *de seneste 12 måneder* jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

Nej

46. 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

47. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

48. **Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?**
Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

	Antal genstande		
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 genstand =
 1 almindelig øl
 1 glas rød-/hvidvin
 1 glas hedvin
 1 drink/cocktail
 1 snaps/shot
 1 alkoholsodavand
 1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
 1 flaske hedvin = 10 genstande
 1 flaske spiritus = 20 genstande

49. **Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?**

(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"/>

50. **Hvordan vurderer du dine alkoholvaner alt i alt?**

(Kun ét X)

Særdeles fornuftige	<input type="checkbox"/>
Fornuftige	<input type="checkbox"/>
Hverken fornuftige eller ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Lidt ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Meget ufornuftige	<input type="checkbox"/>

51. **Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?**

(Kun ét X)

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

Stoffer

→ 52. Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)

Hash	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja → Hvor gammel var du, da du prøvede det første gang? Skriv alder <input type="text"/> år
Andre stoffer (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja → Hvor gammel var du, da du prøvede det første gang? Skriv alder <input type="text"/> år

53. Hvor har du prøvet hash eller andre stoffer?

(Sæt ét eller flere X)

Jeg har aldrig prøvet hash eller andre stoffer	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 55 side 15
Til fest eller på bytur	<input type="checkbox"/>	
I skolen eller på min uddannelse	<input type="checkbox"/>	
På arbejde	<input type="checkbox"/>	
På en almindelig hverdag sammen med venner	<input type="checkbox"/>	
Alene	<input type="checkbox"/>	
På ferie	<input type="checkbox"/>	
I forbindelse med sport	<input type="checkbox"/>	
I anden sammenhæng	<input type="checkbox"/>	

54. Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du:

(Sæt ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	Mindst 20 gange
Røget hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtaget andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 55. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

(Sæt ét X i hver linje)	Meget enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Meget uenig
At tage stoffer er i orden, hvis det giver en god følelse/oplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage stoffer er altid farligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk, som tager stoffer, lever livet fuldt ud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg fandt ud af, at nogen tog stoffer, ville jeg miste al respekt for dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage stoffer er moralsk forkert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk, som tager stoffer, har for det meste gode oplevelser med det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage stoffer handler bare om at have det sjovt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fleste mennesker, som tager stoffer, vil få problemer på et eller andet tidspunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mad

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

56. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags *fedtstof* på?

(Sæt ét 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, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine eller 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 på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Hvor ofte spiser du følgende slags *pålæg*?

(Sæt ét 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
Pålæg, kød	<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"/>
Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét 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 eller lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and)	<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- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét 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, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét 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"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<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"/>
Rapsolie, madolie, salatolie	<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, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her

61. 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	5-6 om dagen	3-4 om dagen	1-2 om dagen	5-6 om ugen	3-4 om ugen	1-2 om ugen	Ingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?

(Sæt ét 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
Kager, chokolade, is, slik (lakrids, vingummi m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller saftvand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrik (Red Bull, Cult, Burn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. I hvor høj grad nyder du at spise?

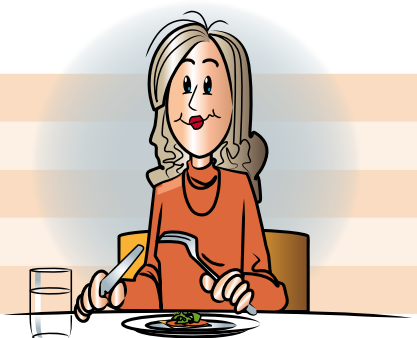
(Kun ét X)

I meget høj grad	<input type="checkbox"/>
I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I ringe grad	<input type="checkbox"/>

64. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)

Meget sunde	<input type="checkbox"/>
Sunde	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde sunde	<input type="checkbox"/>
Usunde	<input type="checkbox"/>
Meget usunde	<input type="checkbox"/>



65. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

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

Bevægelse i dagligdagen

66. 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 – f.eks. 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	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>
4 dage	<input type="checkbox"/>
5 dage	<input type="checkbox"/>
6 dage	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>



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

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

Hvis ja, *skriv hvad:* _____

68. Hvis du ser på *det seneste år*, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

(Kun ét X)

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	<input type="checkbox"/>
Spadserer, cykler eller får anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	<input type="checkbox"/>
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

69. I hvor høj grad nyder du at motionere?

(Kun ét X)

I meget høj grad	<input type="checkbox"/>
I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I ringe grad	<input type="checkbox"/>

70. Hvilke 2 af nedenstående grunde til at motionere vil du anse som vigtigst for dig? Udfyld også selvom du ikke motionerer.

(Sæt 2 X)

For at være i form, komme i form	<input type="checkbox"/>
For udseendets skyld	<input type="checkbox"/>
For at være sammen med andre	<input type="checkbox"/>
For at tabe mig	<input type="checkbox"/>
For at have det sjovt	<input type="checkbox"/>
For at koble af	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: _____

71. Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)

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

72. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?



(Kun ét X)

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

73. På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål?

Arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter m.m.

Vinter (Kun ét X)	Sommer (Kun ét X)
0 dage <input type="checkbox"/>	0 dage <input type="checkbox"/>
1 dag <input type="checkbox"/>	1 dag <input type="checkbox"/>
2 dage <input type="checkbox"/>	2 dage <input type="checkbox"/>
3 dage <input type="checkbox"/>	3 dage <input type="checkbox"/>
4 dage <input type="checkbox"/>	4 dage <input type="checkbox"/>
5 dage <input type="checkbox"/>	5 dage <input type="checkbox"/>
6 dage <input type="checkbox"/>	6 dage <input type="checkbox"/>
7 dage <input type="checkbox"/>	7 dage <input type="checkbox"/>

74. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse? Medregn kun den ene vej.

Skriv antal km Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse

Højde og vægt

75. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

77. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Alt for lav | <input type="checkbox"/> |
| Lidt for lav | <input type="checkbox"/> |
| Tilpas | <input type="checkbox"/> |
| Lidt for høj | <input type="checkbox"/> |
| Alt for høj | <input type="checkbox"/> |



78. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

- | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Ja, i høj grad | <input type="checkbox"/> | |
| Ja, i nogen grad | <input type="checkbox"/> | |
| Nej | <input type="checkbox"/> | → Gå til spørgsmål 80 |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> | → Gå til spørgsmål 80 |

79. Hvor meget vil du gerne tabe dig?

Skriv antal kg

→ 80. Hvordan vil du vurdere dit eget udseende?

(Kun ét X)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Jeg ser rigtig godt ud | <input type="checkbox"/> |
| Jeg ser godt ud | <input type="checkbox"/> |
| Jeg ser almindelig ud | <input type="checkbox"/> |
| Jeg ser ikke særlig godt ud | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er grim | <input type="checkbox"/> |
| Jeg tænker ikke over mit udseende | <input type="checkbox"/> |

81. Hvis der er noget ved din krop, du gerne vil ændre, hvordan vil du så gøre det?

(Sæt ét eller flere X)

Jeg vil ikke ændre noget ved min krop	<input type="checkbox"/>
Ved at ændre mine sundhedsvaner, herunder kost, rygning, alkohol og motion	<input type="checkbox"/>
Slankepiller, proteinpulver eller proteindrik m.v.	<input type="checkbox"/>
Steroider m.v.	<input type="checkbox"/>
Ved hjælp fra plastikkirurgi (f.eks. brystoperation, ansigtsløftning, fedtsugning m.v.)	<input type="checkbox"/>
Jeg tror ikke, det kan ændres	<input type="checkbox"/>

Sex

82. Har du nogensinde haft samleje?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 87 side 22

83. Hvor gammel var du første gang, du havde samleje?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder år

84. Hvor mange forskellige personer har du haft samleje med?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv et cirka antal.

Skriv antal personer

85. Når du har samleje med en NY partner, hvilken type prævention bruger du/ din partner typisk?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P-piller/p-stave/p-plastre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afbrudt samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sikre perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: _____

86. Hvis du har svaret "ingen" i spørgsmål 85: Hvorfor bruger du/I typisk ikke prævention, når du har samleje med en NY partner?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Det er for dyrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er for besværligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi er påvirket af alkohol/stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mangler viden om prævention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi glemmer at bruge det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ødelægger stemningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det nedsætter følsomheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi har det ikke med/mangler det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi ønsker at få et barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ **87. Opfatter du dig som:**

	(Kun ét X)
Heteroseksuel (tiltrukket af det modsatte køn)	<input type="checkbox"/>
Homoseksuel (tiltrukket af eget køn)	<input type="checkbox"/>
Biseksuel (tiltrukket af begge køn)	<input type="checkbox"/>
Uafklaret	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hos lægen



88. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 90 side 23

89. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej	Kan ikke huske/ ved 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 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 med ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samvær med familie og venner

- 90. **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.

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer du mest kender fra internettet (mail, chatforum og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. **Sker det nogensinde, at du er alene, selvom 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"/>

92. **Sker det nogensinde, at du er sammen med andre, selvom du mest har lyst til at være alene?**

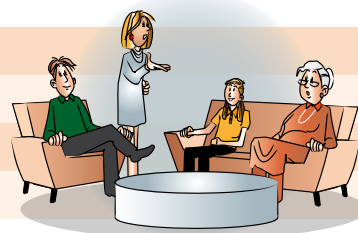
(Kun ét X)

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

93. **Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?**

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>



94. Hvor ofte...

(Sæt ét X i hver linje)

	Sjældent	En gang imellem	Ofte
.. føler du dig isoleret fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. føler du, at du savner nogen at være sammen med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.. føler du dig holdt udenfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét 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"/>
Dødsfald blandt dine nærmeste	<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 andre, skriv hvad: _____

96. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	nej
Har du generelt svært ved at få og beholde venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil du generelt beskrive dig selv som en enspænder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoler du generelt på andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du almindeligvis let ved at miste besindelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du normalt en impulsiv type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du normalt en bekymret type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i almindelighed meget afhængig af andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i almindelighed en perfektionist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Børn, parforhold og uddannelse

97. Bor du alene eller sammen med andre?

(Sæt ét eller flere X)

Jeg bor alene	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med min ægtefælle eller samlever	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med forældre	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med ung/unge (16-20 år)	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre voksne over 20 år	<input type="checkbox"/>

98. Har du en kæreste?

Ja	<input type="checkbox"/>	→ Hvor længe har I været sammen? Skriv antal <input type="text"/> år og <input type="text"/> måneder
Nej	<input type="checkbox"/>	

99. Har du børn? Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

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

100. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>	
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 102 side 26
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 102 side 26
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 102 side 26
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 102 side 26
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 102 side 26

101. Hvilken skole- eller ungdomsuddannelse er du i gang med?

(Kun ét X)

<input type="checkbox"/> 9. klasse	<input type="checkbox"/> 10. klasse	<input type="checkbox"/> STX
<input type="checkbox"/> HTX	<input type="checkbox"/> HHX	<input type="checkbox"/> Handelsskolens Grunduddannelse
<input type="checkbox"/> EUD (teknisk skole)	<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> Andet

Hvis andet, skriv hvad: _____

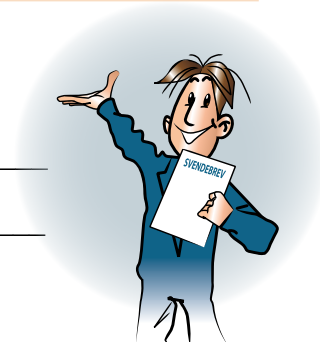
→ **102. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?**

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 104	
Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonom, tandplejer)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

103. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____



→ **104. Er du under uddannelse?**

Ja <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 107 side 27	

105. Hvilken uddannelse er du i gang med?

Skriv hvilken: _____

106. Hvor mange timer om ugen bruger du på dit studie?

Inklusiv hjemmearbejde.

<input type="text"/> Antal timer om ugen (hvis ingen skriv 0)

Arbejde

→ 107. Er du i arbejde?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 110

108. Hvad er din nuværende stilling?

(Kun ét X)

Selvstændig landmand	<input type="checkbox"/>
Selvstændig i øvrigt	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Faglært	<input type="checkbox"/>
Ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

109. 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: _____

→ 110. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde. Går du i skole, eller er du under uddannelse, så betragt det som en del af dit arbejde.

(Sæt ét 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"/>
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst vil 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"/>

111. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?

Antal timer om ugen (*hvis ingen skriv 0*)

112. 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.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule	<input type="checkbox"/>
Ja, en del	<input type="checkbox"/>
Ja, meget	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

By (1.000 indbyggere eller flere)	<input type="checkbox"/>
Landsby (under 1.000 indbyggere)	<input type="checkbox"/>
Landområde	<input type="checkbox"/>

114. 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"/>

115. Hvor stor var din indkomst i 2012 før skat og andre fradrag?

(Kun ét X)

0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>
525.000 - 699.000 kr.	<input type="checkbox"/>
700.000 - 849.000 kr.	<input type="checkbox"/>
850.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>

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



Tak for hjælpen!

Riv denne side af.

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

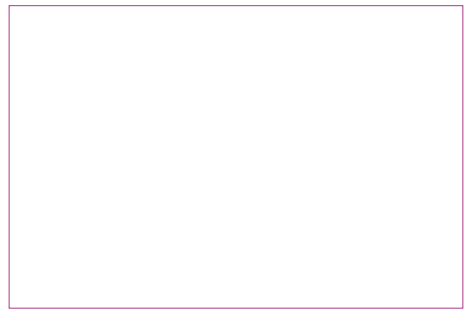
Det er CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, der koordinerer undersøgelsen. Det er kun personale herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet fortroligt.

Du kan læse om undersøgelsen og dens resultater på hjemmesiden:
www.hvordanhardudet.rm.dk

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 7841 4340 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til hvordanhardudet@rm.dk

Det er os, der laver undersøgelsen. Vi glæder os til at modtage dine svar.





29. januar 2013

Kære borger

Du er én af 54.000 borgere i Region Midtjylland, som modtager spørgeskemaet om sundhed og helbred: **Hvordan har du det?** Vi håber, du har lyst til at deltage i undersøgelsen.

Hvordan har du det? er en undersøgelse af borgernes sundhed i din kommune, i regionen og i hele Danmark. Jo mere vi ved om borgernes sundhed, jo bedre kan vi planlægge behandling, forebyggelse og genoptræning.

Du er tilfældigt udvalgt til undersøgelsen blandt alle borgere over 15 år. Det er naturligvis frivilligt at deltage, men jo flere der besvarer spørgsmålene, jo bedre kan vi bruge undersøgelsens resultater.

Vi håber derfor, at du vil tage dig tid til at udfylde spørgeskemaet og sende det tilbage (porto er betalt). Du kan også udfylde skemaet på nettet, se nederst på siden. Din besvarelse behandles fortroligt.

Ring på telefon 7841 4340, hvis du har spørgsmål om undersøgelsen, eller send en mail til hvordanhardudet@rm.dk. Se også hjemmesiden: www.hvordanhardudet.rm.dk

Med din besvarelse af **Hvordan har du det?** får vi en uvurderlig viden og et godt grundlag for at fremme sundheden i din kommune.

På forhånd tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen



Bent Hansen
Regionsrådsformand
Region Midtjylland

Du kan udfylde skemaet på nettet.

Gå ind på www.hvordanhardudet.dk og indtast deltagernummer og adgangskode.