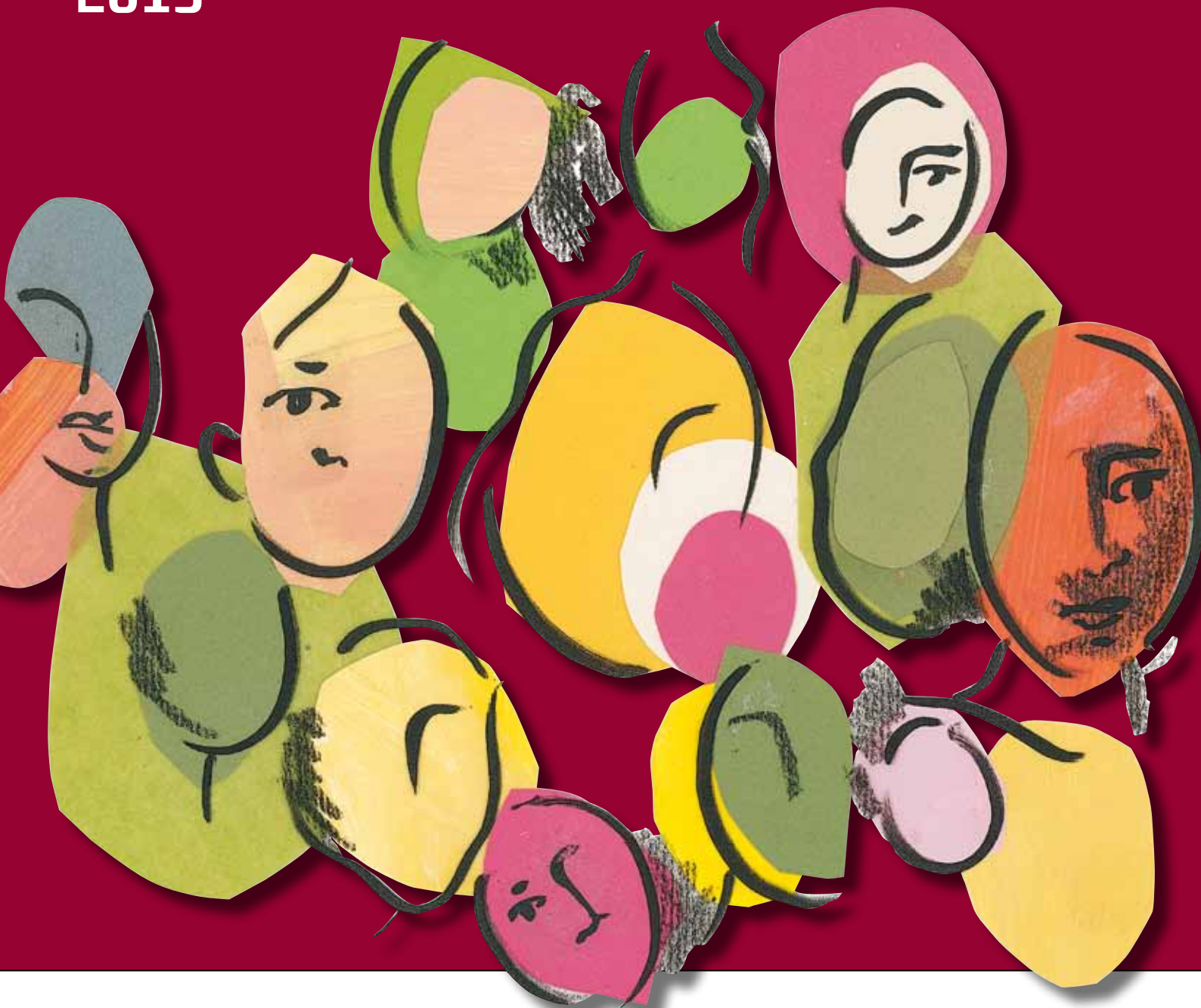


Hvordan har du det?

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

2013



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

Tallene skrives i felterne

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

RIGTIGT!

Ja Nej

Ja Nej

0 2 år

1 år

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej

2 år

1 år

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
Krævende aktiviteter, som f.eks. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere aktiviteter, såsom 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"/>
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 <i>nået mindre</i> , 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 <i>slags</i> 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 <i>nået mindre</i> , 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 <i>omhyggeligt</i> , 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.**

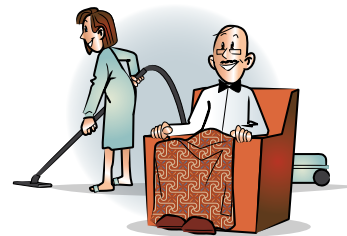
(Sæt ét eller flere X)

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"/>

Behov for støtte og hjælp



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

Nej, jeg har ikke brug for hjælp → Gå til spørgsmål **17** side 5

Ja, jeg har brug for hjælp

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

(Sæt ét eller flere X)

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"/>

Hvis andet, *skriv hvad:*

- 16. 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"/>

Dagligdagens stress

- 17. 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"/>

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, ulykkelig	<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 trusler

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

Ja Nej

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

Ja Nej

Hvis "nej" i både spørgsmål 19 OG 20 → Gå til spørgsmål 22 side 7

21. Hvis "ja" i spørgsmål 19 ELLER 20: Hvor skete det henne?

(Sæt ét eller flere X)

På arbejde eller uddannelsessted	<input type="checkbox"/>
I hjemmet	<input type="checkbox"/>
Hjemme hos en anden	<input type="checkbox"/>
På offentligt sted, værtshus, i tog eller bus	<input type="checkbox"/>
Andet sted	<input type="checkbox"/>

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

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

23. 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)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft 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 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 varet <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"/>

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

Hvis ja, skriv hvilke sygdomme. Hvis nej → Gå til spørgsmål 25

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

→ 25. Er du hæmmet i din daglige udfoldelse på grund 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, hele tiden	<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 side 11
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 36 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 36 side 11
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"/>	→ Gå til spørgsmål 36 side 11
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 36 side 11

UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

→ 34. Har du tidligere røget hver dag?

- Nej, jeg har aldrig røget hver dag → Gå til spørgsmål 36
- Ja, jeg har tidligere røget hver dag

35. Hvornår holdt du op med at ryge?

Skriv årstal

Skriv måned hvis det er inden for de seneste 12 måneder

UDFYLDES AF ALLE UANSET OM DU RYGER ELLER EJ

→ 36. 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

1 - 5 timer om dagen

½ - 1 time om dagen

Mindre end ½ time om dagen

0 timer

37. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, nogle gange om ugen

Ja, men sjældnere end hver uge

Nej, aldrig eller næsten aldrig

38. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?

(Kun ét X)

Jeg arbejder ikke

Det er tilladt at ryge overalt

Rygning er begrænset til enkelte rygeområder

Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs

Rygning er kun tilladt udendørs

Rygning er helt forbudt

Alkohol

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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 50 side 14

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

43. 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

44. 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

45. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

46. **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

47. **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"/>

48. **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"/>

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

(Kun ét X)

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

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

→ 50. 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"/>

51. 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"/>

52. 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"/>

53. 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 grønnsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grønnsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. 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

55. 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"/>

56. 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"/>



57. 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

58. 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"/>



59. 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:* _____

60. 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 har 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"/>

61. 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"/>

62. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?



(Kun ét X)

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

63. 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"/>

64. Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

(Kun ét X)

Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 66 side 18
Bil	<input type="checkbox"/>	
Bus	<input type="checkbox"/>	
Tog	<input type="checkbox"/>	
Knallert, scooter, motorcykel	<input type="checkbox"/>	
Cykel	<input type="checkbox"/>	
Jeg går eller løber	<input type="checkbox"/>	
Andet	<input type="checkbox"/>	

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

Skriv antal km

Højde og vægt

→ 66. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

68. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj



69. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

Hos lægen



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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 72

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

(Sæt ét X i hver linje)

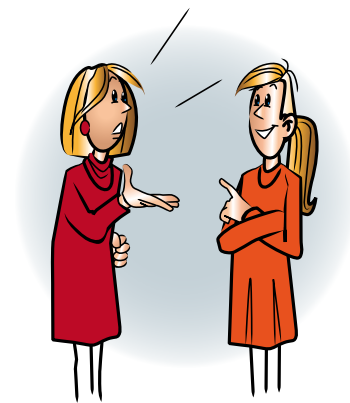
	Ja	Nej	Kan ikke huske/ved ikke
At holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tabe dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage på i vægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

→ **72. Angiv hvor let eller svært du finder følgende - tænk på dine erfaringer:**

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget svært	Svært	Let	Meget let
Sikre dig at sundhedspersonalet forstår dine problemer rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Være i stand til at tale om dine helbredsproblemer med sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have gode samtaler om dit helbred med læger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Præcist følge de anvisninger du får af sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå skriftlig information om sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blive ved med at spørge sundhedspersonalet indtil du har forstået det, du har brug for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå al information på medicinpakninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, du har brug for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstå hvad sundhedspersonalet vil have dig til at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Holdninger



73. 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 momsen 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 momsen 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"/>

Samvær med familie og venner

74. 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"/>

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

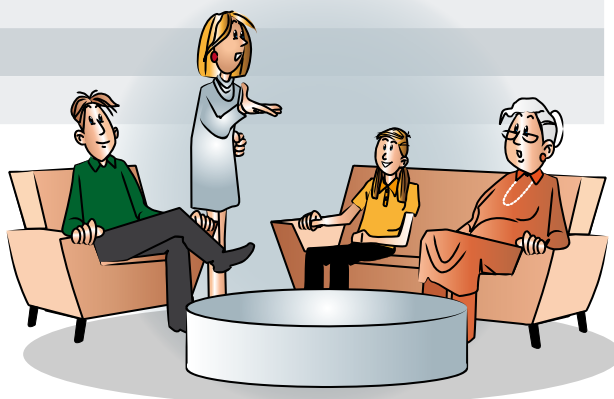
(Kun ét X)

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

76. 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"/>



77. 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"/>

78. 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: _____

79. 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 og uddannelse

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

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

81. 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"/>

82. 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 84 side 24
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 84 side 24
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 84 side 24
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 84 side 24
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 84 side 24

83. 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: _____



→ 84. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 86	
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, økonoma, 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"/>

85. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____

→ 86. Er du under uddannelse?

Ja <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 88	

87. Hvilken uddannelse er du i gang med?

Skriv hvilken: _____

Arbejde

→ 88. Er du i arbejde?

Ja <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 95 side 26	
Nej <input type="checkbox"/>	

UDFYLDES HVIS DU IKKE ER I ARBEJDE

89. Har du tidligere haft beskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle?Ja Nej → Gå til spørgsmål **102** side 28**90. Hvornår var du senest i beskæftigelse?**År Måned **91. Hvad var din seneste beskæftigelse?***(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"/>

92. 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: _____
_____**93. Var du offentligt ansat i din seneste beskæftigelse?**Ja Nej **94. Var din seneste beskæftigelse et lederjob?***(Kun ét X)*

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg havde 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg havde 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg havde 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>

UDFYLDES HVIS DU ER I ARBEJDE

→ 95. 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"/>
Lærlig, elev	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

96. 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: _____

97. Er du offentligt ansat?

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

98. Har du et lederjob?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>

99. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?

Skriv antal timer om ugen

100. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende 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"/>

(Sæt ét 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"/>

101. Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse?

(Kun ét X)

Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Arbejde, som i stor udstrækning udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver legemlig anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	<input type="checkbox"/>
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	<input type="checkbox"/>

DE FØLGENDE SPØRGSMÅL SKAL UDFYLDES,
UANSET OM DU ER I ARBEJDE ELLER EJ

→ **102. 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"/>

103. 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"/>

104. Ejer du selv eller andre i din husstand....

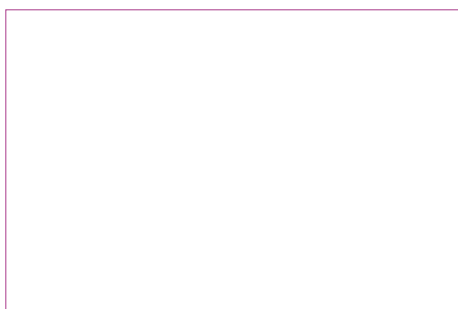
	Ja	Nej
... den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. 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.

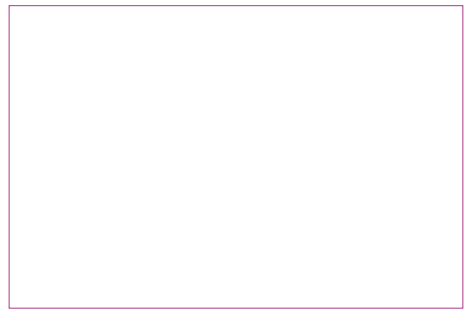
Det er CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, der koordinerer undersøgelsen. Det er kun personale herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet fortroligt.

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.