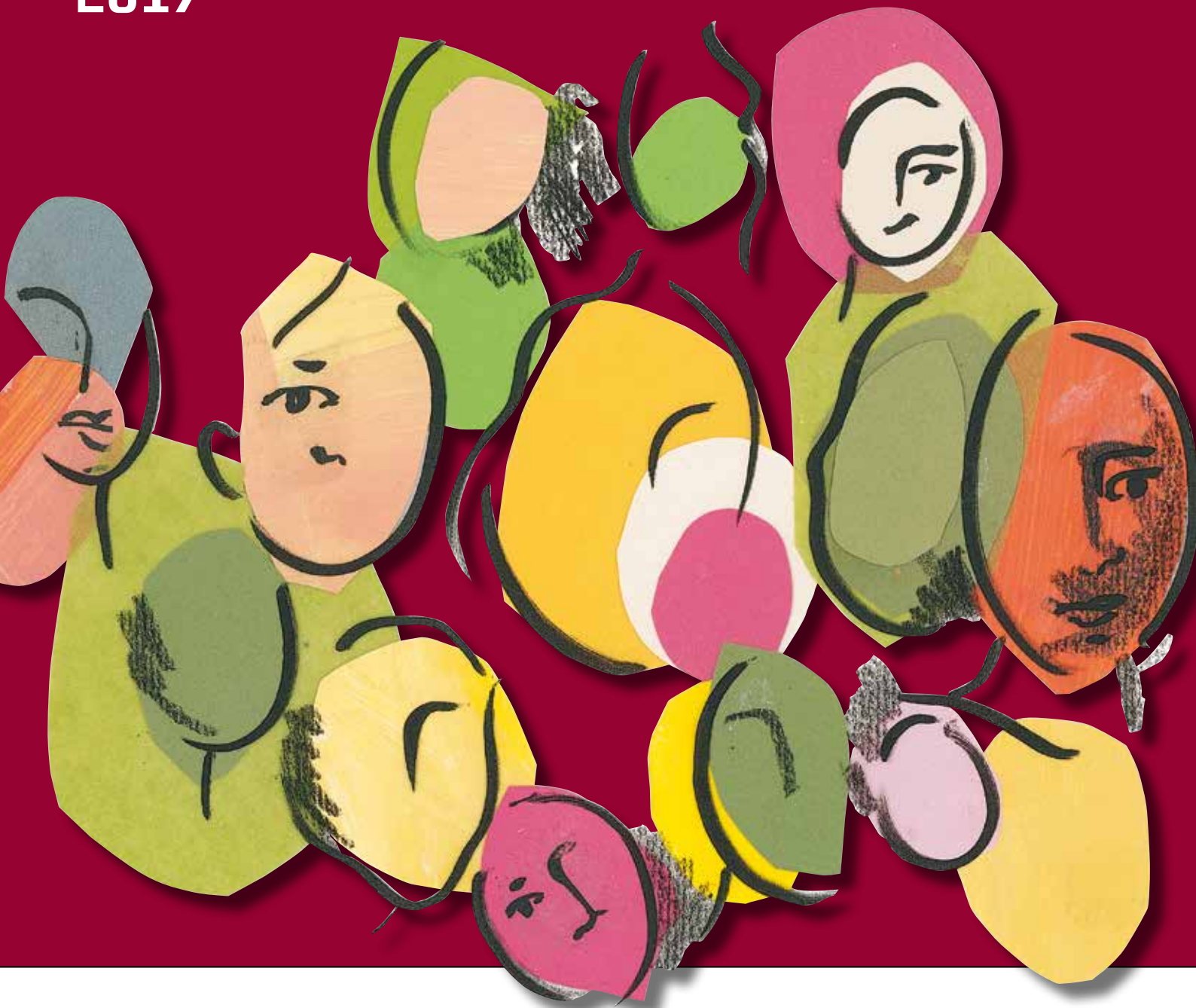


Hvordan har du det?

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

2017



Du kan også svare på nettet – se bagsiden

DEFACTUM

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 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 oplysninger fra offentlige registre.

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 Midtjyllands forskningsafdeling DEFACTUM, Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N.

Du kan også udfylde spørgeskemaet på nettet på www.svar2017.dk. For besvarelse på nettet skal du bruge dit brugernavn og din adgangskode, som du finder på spørgeskemaets bagside. Vi anbefaler at du anvender en computer eller tablet.

Vi trækker lod om præmier blandt alle de modtagne besvarelser. Du kan vinde
1 x rejsegavekort på 10 000 kr.
3 x iPad air 2
1 x iPhone 7
3 x spa ophold
2 x cykelgavekort på 5 000 kr.
De første 1 000, der besvarer spørgeskemaet, får tilsendt 2 biografbilletter.



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.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du meget velkommen til at ringe på telefon 7841 4340 eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@rm.dk

Venlig hilsen
Finn Breinholt Larsen, projektansvarlig

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Vi scanner dine svar på en computer, 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

~~19~~ år

Køn, alder og modersmål

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

Dag	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"/>

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
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"/>

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 <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. **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"/>

9. **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 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"/>

10. **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"/>

Behov for støtte og hjælp

11. 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 14 side 4

Ja, jeg har brug for hjælp

12. 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:

13. 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

- 14. 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 oprevet 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



15. 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

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

Ja Nej

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

Ja Nej

Hvis "nej" i både spørgsmål 16 OG 17 → Gå til spørgsmål 19 side 6

18. Hvis "ja" i spørgsmål 16 ELLER 17: Hvor skete det henne?

(Sæt ét X i hver linje)

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

Søvn

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

Timer

Minutter



20. 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"/>

21. 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 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"/>

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 Nej

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 mindst 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?	
				J A	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"/>

Behandling

24. Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?

Ja Nej Hvis nej → Gå til spørgsmål 26 side 9

25. Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag?

Hvor besværligt er det følgende for dig:

(Sæt ét X i hver linje)	Ikke besværligt	Lidt besværligt	Ret besværligt	Meget besværligt	Ekstremt besværligt	Gælder ikke for mig
Tage meget medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hvordan og hvornår jeg skal tage min medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hente medicin på recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holde øje med min helbreds-tilstand (f.eks. ved at måle blodtryk eller blodsukker, eller holde øje med mine symptomer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftale tider med sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have kontakt med mange forskellige sundhedspersoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme til mine aftaler med sundhedspersonalet (f.eks. fordi jeg skal have fri fra arbejde, eller sørge for transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få klar og opdateret besked om min helbredstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennemføre ændringer i min livsstil, som jeg er blevet rådet til (f.eks. kost og motion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Være afhængig af hjælp fra familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 25 er udviklet af professor Chris Salisbury og dr. Polly Duncan. Copyright University of Bristol.

Rygning



→ 26. Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 28
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 28
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 30
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 33 side 10

27. 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"/>

→ 28. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 30
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"/>	

29. 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"/>

→ 30. 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 33 side 10
-------------	----------------------	----	------------------	-------------------------------

UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

31. Har du tidligere røget hver dag?

- Nej, jeg har aldrig røget hver dag → Gå til spørgsmål 33
- Ja, jeg har tidligere røget hver dag

32. 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

→ 33. 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

34. 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

E-cigaretter

35. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, mindst én gang om ugen

Ja, sjældnere end hver uge

Nej, men jeg har brugt dem tidligere

Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)

Nej, jeg har aldrig brugt dem

Alkohol

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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 47 side 13

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

40. 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

41. 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

42. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej



43. 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

44. 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"/>

45. 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"/>

46. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

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

Tatoveringer

→ 47. Har du en tatovering?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 53 side 14

48. Hvilke farver er du tatoveret med?

(Sæt ét eller flere X)

Rød Grøn Lyserød Sort Grå
 Gul Orange Blå Lilla Andre farver

49. Hvor stor er din tatovering (cirka) målt i antal håndflader?

Ved flere tatoveringer angives den samlede størrelse

(Kun ét X)

Mindre end 1 håndflade
 1-5 håndflader
 Mere end 5 håndflader



50. Hvor gammel var du, da du fik din første tatovering?

år

51. Har du nogensinde haft gener af en tatovering?

F.eks. kløe, smerte, betændelse og hævelse i forbindelse med sollys eller på andre tidspunkter. Se bort fra de gener, der måske har været i de første 3 uger efter tatoveringen er lavet.

(Kun ét X)

Nej → Gå til spørgsmål 53 side 14
 Ja, i mindre grad
 Ja, i høj grad

52. Har du nogensinde været ved læge eller på hospitalet, fordi du havde gener af en tatovering?

Ja Nej

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

→ 53. 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"/>

54. 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"/>

55. 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"/>

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

57. 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

58. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

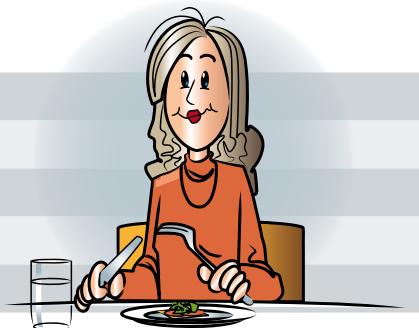
(Kun ét X)

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"/>

59. 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"/>



60. 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

Fysisk aktivitet i fritiden

De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i *din fritid og ved transport* (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse).

- 61. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?**

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

På en typisk uge

timer og minutter pr. uge



- 62. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).**

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

På en typisk uge

timer og minutter pr. uge

Stillesiddende tid

- 63. På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer? Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.**

(Udfyld alle felter)

På en hverdag/
arbejdsdag
Timer og minutter

Transport (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbejde/skole/uddannelse (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fritid: ved skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fritid: andet (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

64. 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"/>



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

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



66. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

67. 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"/>

68. 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 70 side 19
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"/>	

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

Skriv antal km

Højde og vægt

→ 70. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

72. 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"/> |



73. 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"/> |
| Ved ikke | <input type="checkbox"/> |

Hos lægen



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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 76

75. 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"/>

→ **76. Hvor let eller svært finder du 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"/>

Trivsel og livskvalitet



77. 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"/>

78. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har haft det gennem de seneste 2 uger.

Hvor stor en del af tiden:

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig mere stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samvær med familie og venner

79. 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"/>

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

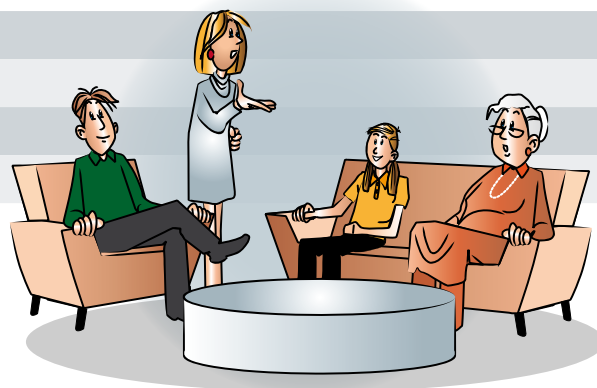
(Kun ét X)

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

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

(Kun ét X)

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



82. De følgende spørgsmål handler om, hvordan man nogle gange har det.

(Sæt ét X i hver linje)	En gang		
	Sjældent	imellem	Ofte
Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du dig udenfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


83. 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: _____

84. Hvor ofte deltager du i foreningsliv eller frivilligt arbejde, sammen med andre? F.eks. idrætsforening, socialt arbejde, faglig sammenslutning, bestyrelsesarbejde, beboerforening, musikalsk/kulturel forening eller religiøs sammenhæng.

(Kun ét X)	
Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Én til tre gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>



85. Vil du gerne deltage mere i foreningsliv eller frivilligt arbejde, end du gør nu?

(Kun ét X)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Børn, parforhold og uddannelse

86. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

88. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>
Student-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 91
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"/>	

90. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____

**→ 91. Er du under uddannelse?**

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 93

92. Hvilken uddannelse er du i gang med?

Skriv hvilken: _____

Arbejde

→ 93. Er du i arbejde?

Ja → Gå til spørgsmål 100 side 26

Nej

UDFYLDES HVIS DU IKKE ER I ARBEJDE**94. Har du tidligere haft beskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle?**

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 107 side 28

95. Hvornår var du senest i beskæftigelse?

År Måned

96. Hvad var din seneste beskæftigelse?

(Kun ét X)

Selvstændig landmand

Selvstændig i øvrigt

Medhjælpende ægtefælle

Faglært

Ufaglært

Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)

Lærling, elev

Anden beskæftigelse

97. **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: _____

98. **Var du offentligt ansat i din seneste beskæftigelse?**

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

99. **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

- 100. **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"/>

101. **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: _____

102. **Er du offentligt ansat?**

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

103. 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"/>

104. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?

Skriv antal timer om ugen

105. 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"/>
Sket 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"/>

106. 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**→ 107. 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"/>

108. 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"/>

109. Hvor stor var din indkomst i 2016 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!

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

Det er Region Midtjyllands forskningsafdeling DEFACTUM, der udfører 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 eller sende en e-mail til hvordanhardudet@rm.dk

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



**Du kan også svare på
www.svar2017.dk**

