

# Hvordan har du det?

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

## 2013



Spring turen til postkassen over.  
Udfyld spørgeskemaet på internettet  
på [www.HvordanHarDuDet.dk](http://www.HvordanHarDuDet.dk)



Region Syddanmark

# Oplysninger om undersøgelsen

**Formålet med undersøgelsen** er at kortlægge sundhed og sygelighed hos borgerne i Region Syddanmark. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

**Det er en del af en landsdækkende undersøgelse**, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark. Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen.

Du kan også udfylde skemaet på internettet. For at besvare skemaet skal du gå ind på [www.HvordanHarDuDet.dk](http://www.HvordanHarDuDet.dk). Du finder dit deltagernummer og din adgangskode i følgebrevet, som du fik tilsendt sammen med dette spørgeskema.

**For at mindske antallet af spørgsmål** henter vi supplerende oplysninger om f.eks. lægebesøg, indlæggelse på sygehus, receptmedicin 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. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Syddanmark er dataansvarlig.

**Nummeret på forsiden** 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.

**Vi trækker lod om præmier** blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om tre pengepræmier på henholdsvis 6.000 kr., 4.000 kr. og 2.000 kr., to iPad mini og 50 x 2 biografbilletter. Vinderne får direkte besked pr. brev.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås ved henvendelse til Region Syddanmark på telefonnummer **29 20 13 98** eller på e-mail [sundhedsprofil@regionsyddanmark.dk](mailto:sundhedsprofil@regionsyddanmark.dk).

## Sådan udfylder du skemaet

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

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

	Rigtigt	Forkert
Sæt et tydeligt X.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>
Tal rettes ved helt at skraveres det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="1"/> <sup>4</sup>	<input type="text" value="1"/> <del>4</del>

## Køn og alder

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"/>

## Helbred og trivsel

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

(Kun ét X)

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

4. 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

	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 <u>flere</u> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , 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 <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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 <u>nået mindre</u> , 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 <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	(Kun ét X)
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

8. 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"/>

9. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (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"/>

+

+

+

+

**10. Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?***(Kun ét X)*

Meget dårlig	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Hverken god eller dårlig	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Særdeles god	<input type="checkbox"/>

**11. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du:**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Haft problemer med at acceptere din krops udseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oplevet at være utilfreds med dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hvis spørgsmålet ikke er aktuelt for dig, bedes du svare "Ikke aktuelt". Du bedes eksempelvis svare "Ikke aktuelt" i spørgsmålet "Forholdet til din partner" hvis du ikke har haft en partner inden for de seneste 12 måneder.

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Nej	Ja, lidt	Ja, meget	Ikke aktuelt
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 eller 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 din partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfald tæt på	<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 belastninger, skriv hvilken: \_\_\_\_\_

**13. Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre?***(Kun ét X)*

Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, af og til	<input type="checkbox"/>
Nej (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<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 irritationsmomenter?	<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"/>

## Symptomer 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"/>

## Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

Ja  Nej

17. 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 været <u>mindre end 6 måneder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

**18. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?**

(Sygefravær pga. børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen sygefraværdsdage skriv 0)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 19
Inden for de seneste 14 dage <b>Skriv antal sygefraværdsdage</b> hvis 'ved ikke' skriv 99		<input type="text"/>
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) <b>Skriv antal sygefraværdsdage</b> hvis 'ved ikke' skriv 999		<input type="text"/>

## Ryging

**19. Ryger du?**

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 21
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 21
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 23
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25

**20. 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"/>

**21. Vil du gerne holde op med at ryge?**

(Kun ét X)

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



+

+

22. 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

Nej

23. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

Skriv alder

år

*Spørgsmål 24 er kun til personer, der er holdt op med at ryge. Andre bedes gå til spørgsmål 25.*

24. Hvornår holdt du op med at ryge?

Skriv årstal

25. 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

26. Bor du sammen med nogen, der ryger?

Ja

Nej

27. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

*(Kun ét X)*

Ja, dagligt eller næsten dagligt

Ja, ugentligt

Ja, men sjældnere end hver uge

Nej, aldrig

+

+

## Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>		
Nej	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 39

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

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

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

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

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

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

32. 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	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

33. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

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

+

+

### 35. 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

### 36. 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"/>

### 37. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

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

### 38. Vil du vurdere, at dit alkoholforbrug er skadeligt for dit helbred?

(Kun ét X)

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

+

+

## Kost

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

### 39. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	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"/>

### 40. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	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"/>

### 41. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	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"/>

### 42. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	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"/>

+

+

#### 43. 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			<input type="checkbox"/>		

#### 44. 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"/>

#### 45. Hvor ofte drikker eller spiser du nedenstående?

(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	1-3 gange om måneden	Sjældnere/ aldrig
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>med</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>uden</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kager, chokolade, is, slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

46. 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"/>

47. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

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

## Fysisk aktivitet og motion

48. 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"/>

49. Hvordan vurderer du din fysiske form?






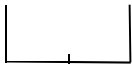
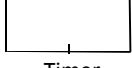
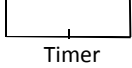
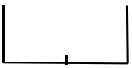
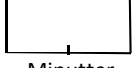
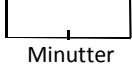




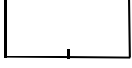
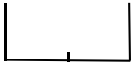







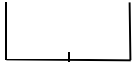

(Kun ét X)

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

+

+

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

Nedenstående spørgsmål omhandler DAGLIGE aktiviteter			
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? <i>(medtag middagslur)</i>	 Timer	 Minutter
Dagligt   	I <b>dit arbejde (eller hvis du er under uddannelse)</b> , hvor mange timer og minutter <b>om dagen</b> bruger du typisk på:  Stillesiddende arbejde?  Stående eller gående arbejde?  Hårdt fysisk arbejde? <i>(f.eks. tunge løft eller trappegang)</i>  Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse <input type="checkbox"/>	 Timer   Timer   Timer	 Minutter   Minutter   Minutter
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter bruger du <b>dagligt</b> på cykling eller gang i forbindelse med <b>transport</b> til og fra arbejde/uddannelse?  Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse <input type="checkbox"/>	 Timer	 Minutter
Dagligt 	I <b>din fritid</b> , hvor mange timer og minutter <b>om dagen</b> bruger du ca. på at se TV, sidde ned og slappe af, læse og lytte til musik eller lignende?	 Timer	 Minutter
Nedenstående spørgsmål omhandler UGENTLIGE aktiviteter			
Ugentligt 	I <b>din fritid</b> , hvor mange timer og minutter bruger du <b>om ugen</b> på let fysisk aktivitet som f.eks. gåture, let rengøring, feje og rive i haven eller let anstrengende motion som f.eks. yoga, bowling eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde/uddannelsesinstitution)</i>	 Timer	 Minutter
Ugentligt 	I <b>din fritid</b> , hvor mange timer og minutter bruger du <b>om ugen</b> på havearbejde, bære ting op af trappen eller moderat anstrengende sport som f.eks. gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde/uddannelsesinstitution)</i>	 Timer	 Minutter
Ugentligt 	I <b>din fritid</b> , hvor mange timer og minutter <b>om ugen</b> bruger du på anstrengende sport og motion som f.eks. løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde/uddannelsesinstitution)</i>	 Timer	 Minutter

### 51. 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 53
Bil	<input type="checkbox"/>		
Bus	<input type="checkbox"/>		
Tog	<input type="checkbox"/>		
Knallert, scooter, motorcykel	<input type="checkbox"/>		
Cykel	<input type="checkbox"/>		
Jeg går	<input type="checkbox"/>		
Andet	<input type="checkbox"/>		

### 52. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Medregn kun den ene vej

Skriv antal	<input style="width: 100px;" type="text"/>	km
-------------	--	----

### 53. I hvor høj grad nyder du at motionere?

(Kun ét X)

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

### 54. Hvilke 2 af nedenstående grunde til at motionere vil du anse som vigtigst for dig?

Udfyld også selvom du ikke motionerer

(Max 2 X)

For at være i form, komme i form	<input type="checkbox"/>
For udseendets skyld	<input type="checkbox"/>
For at være sammen med andre	<input type="checkbox"/>
For at tabe mig eller vedligeholde vægten	<input type="checkbox"/>
For at have det sjovt	<input type="checkbox"/>
For at køble af	<input type="checkbox"/>
For helbredets skyld	<input type="checkbox"/>
For at give overskud til resten af hverdagen	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

### 55. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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



## Højde og vægt

56. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde  cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt  kg

58. 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"/>

59. 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"/>

## Kontakt med sundhedsvæsenet

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

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål 62

61. 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"/>

+

+

**62. Har du inden for den seneste måned været generet af nogle af de nedenstående symptomer? Hvis du har haft symptomet inden for den seneste måned, bedes du også angive om du har søgt læge for det?**

	(Sæt ét X i hver linje)			(Sæt ét X i hver linje)	
	Har du haft symptomet inden for den seneste måned?			Hvis du har haft symptomet: Har du søgt læge for det?	
	Nej	Ja		Ja	Nej
En knude eller hævelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodigt opspyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blod i urinen eller besvær med at tømme blæren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændret afføringsmønster – f.eks. skiftevis diaré og forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et sår på huden eller i munden, der ikke heler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uforklarlige svedeture om natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uforklarligt vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppustet mave på en måde du ikke er vant til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Længerevarende (3-4 uger) hoste eller hæshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring i den måde, et modermærke ser ud på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**63. Hvis du har været generet af et eller flere af de i spørgsmål 62 nævnte symptomer inden for den seneste måned og ikke har søgt læge, bedes du angive hvorfor du ikke har søgt læge? Andre bedes gå til spørgsmål 64.**

	(Gerne flere X)
Jeg var usikker på, om det var nødvendigt at gå til læge med symptomet	<input type="checkbox"/>
Jeg forventede, at symptomet ville gå væk af sig selv	<input type="checkbox"/>
Jeg ville ikke forstyrre lægen unødigt	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, det ville være svært at tale med lægen om mit symptom	<input type="checkbox"/>
Jeg var usikker på, om lægen ville tage min henvendelse alvorligt	<input type="checkbox"/>
Jeg var bange for, hvad lægen ville fortælle mig	<input type="checkbox"/>
Det ville være svært at komme igennem til min læge og få en tid	<input type="checkbox"/>
Jeg tænkte, at jeg lige så godt kunne vente med at fortælle lægen om symptomet, til jeg skulle til lægen med noget andet (blodtryksmåling etc.)	<input type="checkbox"/>
Jeg havde for travlt til at gå til læge	<input type="checkbox"/>
Jeg havde for mange andre ting at bekymre mig om	<input type="checkbox"/>
Jeg vurderede ikke, at en læge ville være den rette til at hjælpe mig	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

+

+

## Kontakt med andre mennesker

- 64. 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"/>

- 65. 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"/>

- 66. 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, nogen gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

- 67. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående udsagn?**

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

## Søvn

68. Syner du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Kun ét kryds)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 70
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>	

69. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Gerne flere X)

Arbejdsrelaterede opgaver eller problemer	<input type="checkbox"/>
Familiemæssige eller personlige problemer	<input type="checkbox"/>
Natarbejde eller skiftende arbejdstider med natarbejde	<input type="checkbox"/>
Egen sygdom	<input type="checkbox"/>
Børn	<input type="checkbox"/>
Støj fra andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)	<input type="checkbox"/>
Støjgener fra f.eks. gadetrafik, tog, fly, naboer m.m.	<input type="checkbox"/>
Toiletbesøg	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

## Økonomi

70. Hvordan vil du alt i alt bedømme din/familiens økonomiske situation?

(Kun ét X)

Særdeles god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

- 71. Dette spørgsmål drejer sig om fravalg af goder eller aktiviteter af økonomiske grunde. Hvis du har fravalgt goderne eller aktiviteterne af andre grunde (f.eks. religiøse eller ideologiske) eller fordi du ikke ønsker eller har behov for dem, skal du svare "Ikke aktuelt".**

*Har du inden for de seneste 6 måneder – af økonomiske grunde:*

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Nej	Ikke aktuelt
Måtte undvære at købe frisk frugt eller grønt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte undvære at købe medicin, der var ordineret af lægen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte undvære at gå til tandlægen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte undvære at dyrke idrætsaktiviteter i forening eller fitnesscenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skåret ned på tobaksforbruget eller helt stoppet med at ryge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skåret ned på alkoholforbruget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte undvære at invitere gæster hjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte undvære at besøge familie eller venner, der bor mere end 20 km. fra hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Personlige forhold

- 72. 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 <u>under</u> 16 år	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med ung/unge (16-20 år)	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre voksne <u>over</u> 20 år	<input type="checkbox"/>

- 73. Hvis du bor sammen med barn/børn under 16 år skriv da alderen på det yngste barn:**

Skriv alder	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>
-------------	----------------------	----	----------------------

- 74. 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 76
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 76
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 76
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 76
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 76

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

(Kun ét X)

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	<input type="checkbox"/>	

Hvis andet, skriv hvad \_\_\_\_\_

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

(Kun ét X)

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

### 77. Er du under uddannelse?

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

### 78. Er du i arbejde?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82

# Arbejds miljø

79. Er du offentligt ansat?

Ja

Nej

80. Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?

(Kun ét X)

Altid

Ofte

Sommetider

Sjældent

Aldrig, næsten aldrig

81. Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?

(Kun ét X)

Altid

Ofte

Sommetider

Sjældent

Aldrig, næsten aldrig

82. Er der i øvrigt noget, du ønsker at tilføje?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tak for at du ville medvirke. Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.

