

# HVORDAN HAR DU DET?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom  
blandt unge og voksne i Region Syddanmark 2017



Udfyld venligst spørgeskemaet  
og brug vedlagte svarkuvert.

Du kan også springe turen til postkassen over  
ved at svare via internettet på [www.svar2017.dk](http://www.svar2017.dk)



Se præmierne på  
[www.rsyd.dk/hvordanhardudet](http://www.rsyd.dk/hvordanhardudet)

  
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. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

**Du kan også udfylde skemaet på internettet** ved at gå ind på [www.svar2017.dk](http://www.svar2017.dk). Du finder dit brugernavn og din adgangskode i følgebrevet, som du fik tilsendt sammen med dette spørgeskema.

**Vi trækker lod om præmier** blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelser i Region Syddanmark trækkes der lod om tre pengepræmier på henholdsvis **6.000 kr.**, **4.000 kr.** og **2.000 kr.**, **to iPad mini** samt **40 x 2 biografbilletter**. Vinderne får direkte besked pr. brev. Præmierne er skattefrie.

**For at mindske antallet af spørgsmål** henter vi supplerende oplysninger om f.eks. lægebesøg og indlæggelser på sygehus 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, og undersøgelsen udføres af Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde, Regionshuset, Damhaven 12, 7100 Vejle

**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.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås ved henvendelse til Region Syddanmark på telefonnummer **40 24 08 40** eller på e-mail [sundhedsprofil@rsyd.dk](mailto:sundhedsprofil@rsyd.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 checked="" 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 skraverse det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="1"/> <sup>4</sup>	<input type="text" value="1"/> <sup>4</sup>

## Køn og alder

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"/>

## 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
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
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. 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"/>
Ensomhed	<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 hvilke: \_\_\_\_\_

**12. 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"/>
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som andre har til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som du har til dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Dagligdagens stress

13. 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 overvet 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

14. 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"/>

15. Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Slet ikke	Flere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Nedenfor følger nogle spørgsmål om knæproblemer. Hvis du tænker på dine knæ, har du så ...

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Haft smerter, været øm/irriteret eller oplevet ledstivhed i eller omkring dine knæ de fleste dage i mindst én måned <b>indenfor de sidste 12 måneder?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogensinde haft en skade i det ene eller begge dine knæ, som gjorde, at du opsogte læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogensinde fået foretaget en operation i det ene eller begge dine knæ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Medicin

17. Har du inden for de seneste 14 dage taget receptpligtig medicin og/eller håndkøbsmedicin (inklusive naturlægemidler) for nedenstående gener?

(Sæt gerne flere X i hver linje)	Ja, recept-medicin	Ja, håndkøbsmedicin (inkl. naturlægemidler)	Nej, ingen af delene
Migræne eller hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed eller depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (allergisk snue, høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

Ja  Nej

19. 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.

	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
<i>(Sæt mindst ét X i hver linje)</i>					
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 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"/>

## Rygning

20. 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 22
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/> →	Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/> →	Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/> →	Gå til spørgsmål 26



**21. 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"/>

**22. Vil du gerne holde op med at ryge?***(Kun ét X)*

Nej	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 24
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"/>		

**23. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

**24. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?**

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

*Spørgsmål 25 er kun til personer, der er holdt op med at ryge. Andre bedes gå til spørgsmål 26.***25. Hvornår holdt du op med at ryge?**

Skriv årstal	<input type="text"/>
--------------	----------------------

+

+

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

(Kun ét X)

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

27. Bor du sammen med nogen, der ryger?

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

28. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>	Ja, ugentligt	<input type="checkbox"/>	Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

## E-cigaretter

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

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig brugt dem	<input type="checkbox"/>

## Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 41

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

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

+

+

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

Ja  Nej

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

Ja  Nej

34. 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

35. 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"/>

36. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja  Nej

37. 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

**38. 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"/>

**39. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?***(Kun ét X)*

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

**40. 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.

**41. 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"/>

**42. 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"/>

+

+

#### 43. 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"/>

#### 44. 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 grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 45. 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 <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
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"/>	

#### 46. 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 <u>dagen</u>	5-6 om <u>dagen</u>	3-4 om <u>dagen</u>	1-2 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>ugen</u>	3-4 om <u>ugen</u>	1-2 om <u>ugen</u>	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"/>

+

+

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

(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>	1-3 gange om <u>måned</u>	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"/>

#### 48. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)

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

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

#### 50. 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:

<input type="text"/>	timer og	<input type="text"/>	minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------

#### 51. 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:

<input type="text"/>	timer og	<input type="text"/>	minutter pr. uge
----------------------	----------	----------------------	------------------



52. 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"/>

### Stillesiddende tid

53. 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
<b>Transport</b> (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>Arbejde/skole/uddannelse</b> (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>Fritid: ved skærm</b> (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<b>Fritid: andet</b> (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

54. 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 57
Bil	<input type="checkbox"/>	
Bus	<input type="checkbox"/>	
Tog	<input type="checkbox"/>	
Knallert, scooter, motorcykel	<input type="checkbox"/>	
Elcykel	<input type="checkbox"/>	
Cykel	<input type="checkbox"/>	
Jeg går	<input type="checkbox"/>	
Andet	<input type="checkbox"/>	

55. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?  
Medregn kun den ene vej. Afrund til nærmeste hele kilometer.

Skriv antal kilometer:	<input type="text"/>	Km
------------------------	----------------------	----

56. Hvordan vil du generelt beskrive din fysiske aktivitet i dit arbejde eller i din uddannelse?

(Kun ét X)

Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	<input type="checkbox"/>
Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende	<input type="checkbox"/>

57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

## Sociale medier

De næste fire spørgsmål handler om din brug af sociale medier via mobiltelefon, tablet, computer og lignende.

58. Hvor ofte benytter du sociale medier (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Snapchat eller lignende)?

(Kun ét X)

Flere gange dagligt	<input type="checkbox"/>	
Dagligt	<input type="checkbox"/>	
Ugentligt	<input type="checkbox"/>	
Månedligt eller sjældnere	<input type="checkbox"/>	
Aldrig	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 62

59. Tænk på en typisk hverdag, hvor du benytter sociale medier. Hvor stor en del af dagen bruger du samlet set herpå?

(Kun ét X)

0-½ time	½-1 time	1-2 timer	2-3 timer	Mere end 3 timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. I hvilken grad tænker du generelt på, hvordan dine venner og bekendte vil reagere på de statusopdateringer, billeder eller beskeder, som du deler på de sociale medier - eksempelvis i form af kommentarer eller likes?

(Kun ét X)

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ikke relevant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**61. Hvor ofte sker det, at dine venner eller bekendte deler en besked, et billede eller en statusopdatering på de sociale medier, som gør:**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Meget ofte	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig
At du føler, at dine venner generelt har det bedre end dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig forkert eller udenfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver inspireret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver irriteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig tæt knyttet til dine venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler ligestilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig udstillet eller mobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Søvn

**62. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?**

*(Kun ét kryds)*

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 64
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>	

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

*(Gerne flere X)*

Kommer for sent i seng på grund af opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, f.eks. besvare mails eller forberedelse til næste dag	<input type="checkbox"/>
Kommer for sent i seng på grund af huslige gøremål, f.eks. ordne vasketøj eller rydde op	<input type="checkbox"/>
Kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	<input type="checkbox"/>
På grund af natarbejde eller skiftende arbejdstider	<input type="checkbox"/>
Tanker og bekymringer relateret til arbejde	<input type="checkbox"/>
Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	<input type="checkbox"/>
Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon efter at du har lagt dig til at sove, f.eks. til at tjekke nyheder eller beskeder	<input type="checkbox"/>
Egen sygdom eller lidelse	<input type="checkbox"/>
Toiletbesøg	<input type="checkbox"/>
Forstyrrelser fra mindre børn i husstanden	<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"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

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

## Højde og vægt

64. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde

cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt

kg

66. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj

67. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

## Kontakt med sundhedsvæsenet

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

Ja

Nej



Gå til spørgsmål 70

69. 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




At tabe dig




At tage på i vægt




At dyrke motion




At nedsætte dit alkoholforbrug




At ændre dine kostvaner




At tage den med ro

**70. Har du i løbet af de seneste 12 måneder gjort brug af nogen af følgende?**

(Gerne flere X)

Ja, tandlæge	<input type="checkbox"/>
Ja, fysioterapeut	<input type="checkbox"/>
Ja, kiropraktor	<input type="checkbox"/>
Ja, psykolog	<input type="checkbox"/>
Ja, psykiater	<input type="checkbox"/>
Ja, psykoterapeut eller coach	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen af ovenstående	<input type="checkbox"/>

## Alternativ behandling

**71. Har du nogensinde gjort brug af behandlere udenfor det almindelige sundhedsvæsen og benyttet nogle af følgende behandlere/behandlingsformer?**

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Zoneterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healing og/eller clairvoyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage, osteopati, Body-sds og andre manipulative terapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniosakral terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopati, naturopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioresonans terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Spørgsmål 72 skal kun besvares, hvis du har benyttet alternativ behandling - ellers gå til spørgsmål 73.**

**72. Sidst du var til alternativ behandling, hvad var da grunden hertil?**

(Gerne flere X)

Jeg benyttede alternativ behandling som et supplement til den behandling eller medicin, som jeg fik i det almindelige sundhedsvæsen	<input type="checkbox"/>
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg i forhold til min sygdom/lidelse ikke havde tiltro til den behandling eller medicin, som jeg kunne få i det almindelige sundhedsvæsen	<input type="checkbox"/>
Jeg benyttede alternativ behandling, fordi jeg ikke kunne få behandling for min sygdom/lidelse i det almindelige sundhedsvæsen	<input type="checkbox"/>
Jeg benyttede alternativ behandling for at øge mit generelle velvære eller forebygge sygdom	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

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

## Kontakt med andre mennesker

73. 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 måned	Sjældnere end 1 gang om måned	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, sociale medier og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. 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"/>

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

## Din opfattelse af dig selv

76. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående udsagn?

(Sæt ét X i hver linje)	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Er du normalt en bekymret type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i almindelighed en perfektionist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du generelt svært ved at få og beholde venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoler du generelt på andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



77. Herunder ses en liste med 10 udsagn, som handler om, hvordan du har det med dig selv. For hvert udsagn bedes du angive, om du er: helt enig, delvist enig, delvist uenig eller helt uenig.

	Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig
Jeg er stort set tilfreds med mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle gange synes jeg, at jeg slet ikke er god nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, at jeg har flere gode egenskaber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er i stand til at gøre ting lige så godt som de fleste andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg ikke har meget at være stolt af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle gange føler jeg mig helt ubrugelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg er værdifuld, i det mindste på samme niveau som andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville ønske, at jeg kunne have mere respekt for mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig mislykket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en positiv indstilling til mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Økonomi

78. 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"/>

## Personlige forhold

79. 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"/>

80. Hvis du bor sammen med barn/børn under 16 år, skriv da alderen på det yngste barn:

Skriv alder

År

**81. 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"/>
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

**82. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?***(Kun ét X)*

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

**83. Er du under uddannelse?**

Ja       Nej

## Arbejdsliv

**84. Er du i arbejde?***(Kun ét X)*

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 89

**85. Hvor mange timer arbejder du typisk om ugen (inklusive overarbejde)?**

Skriv antal timer og minutter om ugen  timer  minutter

**86. Er du offentligt ansat?**

Ja  Nej

**87. 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 på grund af børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen Sygefraværssdage, skriv 0)

Skriv antal sygefraværssdage **inden for de seneste 14 dage**

(hvis 'ved ikke' skriv 99)

Skriv antal sygefraværssdage **inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage)**

(hvis 'ved ikke' skriv 999)

**88. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde.**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>
Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <i>energi</i> , 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 <i>tid</i> , 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"/>

**89. Tak for at du ville medvirke.** Er der noget, du ønsker at tilføje?

---



---



---



---



---

**Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.**

