

HVORDAN HAR **DU** DET?

En undersøgelse af trivsel, sundhed
og sygdom blandt unge og voksne
i Region Nordjylland 2021

Spring turen til
postkassen over.
Udfyld spørgeskemaet
på nettet:
www.svar2021.dk



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

Om undersøgelsen

Tak fordi du vil svare på spørgeskemaet!

Du kan læse meget mere om undersøgelsen i følgebrevet eller på www.rn.dk/sundhedsprofil, hvor du også kan kontakte os via kontaktformularen. Du kan også ringe til vores hotline på tlf. 24 26 84 51 i tidsrummet mandag-fredag kl. 9.00-15.00.

Du har fået et brugernavn og en adgangskode, der er angivet både på spørgeskemaets forside og på følgebrevet. Ved hjælp af numrene har du mulighed for at besvare spørgeskemaet på www.svar2021.dk.

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. Præmierne er beskrevet på spørgeskemaets bagside.

Venlig hilsen - Sundhedsprofilteamet, Region Nordjylland

Besvar så godt du kan. Undersøgelsen skal tegne et billede af befolkningen her og nu. Svar derfor ud fra din nuværende situation, også hvis den ikke er kendetegnende for dit normale liv. Har du svært ved at besvare et spørgsmål helt præcist, så giv dit bedste bud.

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd filtpen**. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så tal og kryds skal være nemme at tolke, som vist i nedenstående eksempel.

Sæt tydeligt X

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

Tallene skrives i felterne

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

RIGTIGT!

Ja Nej

Ja Nej

0,2 år

1,4 år

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej

2 år

1,7 år

Måske er du en af de heldige vindere? Skriv din e-mail adresse eller telefonnummer her, så kontakter vi dig direkte, hvis du udtrækkes som vinder af en af præmierne. Skriv venligst med blokbogstaver.

E-mail/telefonnummer:

Vi videregiver IKKE dine kontaktoplysninger til andre

Helbred og trivsel

1. 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"/>

2. 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

<u>Lettere aktiviteter</u> , 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"/>

3. 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>naet 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"/>

4. 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>naet 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"/>

5. 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"/>

+

- 6. 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"/>

- 7. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskelig 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"/>

Her er lidt flere spørgsmål til dit helbred. Det kan være, at du oplever, at du allerede tidligere i spørgeskemaet har svaret på spørgsmålene, men disse fem spørgsmål er vigtige for at kunne lave internationale sammenligninger om livskvalitet. Vi vil derfor bede dig om også at svare på de følgende spørgsmål om helbred.

- 8. Under hver overskrift bedes du sætte kryds i den kasse, der bedst beskriver din helbredstilstand i dag**

Bevægelighed

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har lidt problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har moderate problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har store problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke gå omkring	<input type="checkbox"/>

Personlig pleje

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg har lidt problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg har moderate problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg har store problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>

+

+

+

Dagligdagens stress

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

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

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

(Sæt ét X i hver linje)	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"/>

+

+

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshed eller udsigt til arbejdsløshed	<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, familier eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfald blandt dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptomer og ubehag

13. 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"/>

14. Har du taget smertestillende håndkøbsmedicin inden for de seneste 4 uger?

(Sæt ét X)

	Nej	Ja, 1-7 dage i alt	Ja, 8-14 dage i alt	Ja, 15-28 dage i alt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

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

+

+

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

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet <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"/>

- 17.** For hver af de følgende psykiske lidelser bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				Ja	Nej
Angstlidelse (f.eks. social fobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Rygning

18. 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 19
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 22

19. 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"/>

20. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

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

21. 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"/>

22. 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"/>

+

E-cigaretter og snus

23. 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"/>

24. Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?

(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 det tidligere	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
Nej, men jeg har prøvet det (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
Nej, jeg har aldrig brugt det	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26

25. Hvilke af nedenstående produkter bruger du?

(Sæt ét X i hver linje)

Ja Nej Ved ikke

Snus med tobak, tyggetobak, skrå eller tobakspastiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinposer, dvs. små helt hvide poser uden tobak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hash og stoffer

26. Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)

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

Det næste spørgsmål er KUN til dig, der har svaret ja til at have prøvet hash eller andre stoffer. Hvis du hverken har prøvet hash eller andre stoffer, **fortsæt venligst med spørgsmål 28.**

+

+

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

(Sæt ét X i hver linje)	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	Mindst 20 gange
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 38

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?

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 Nej Ved ikke

Kost

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

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>

+

+

39. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. 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"/>
Olivenerolie	<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

+

+

+

43. 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"/>

44. 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

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

45. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?*(Kun ét X)*

Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)	<input type="checkbox"/>	Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.
½ til 1 time (30-59 minutter)	<input type="checkbox"/>	
1 til 1½ time (60-89 minutter)	<input type="checkbox"/>	
1½ til 2½ time (90-149 minutter)	<input type="checkbox"/>	
2½ time eller mere (150 minutter eller mere)	<input type="checkbox"/>	

46. Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?*(Kun ét X)*

Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)	<input type="checkbox"/>	Hård fysisk aktivitet kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil.
½ til 1 time (30-59 minutter)	<input type="checkbox"/>	
1 til 1½ time (60-89 minutter)	<input type="checkbox"/>	
1½ til 2½ time (90-149 minutter)	<input type="checkbox"/>	
2½ time eller mere (150 minutter eller mere)	<input type="checkbox"/>	

47. 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"/>

+

+

48. Vil du gerne være mere fysisk aktiv? (Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

Søvn

49. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét X)

Virkelig godt

Godt

Nogenlunde

Dårligt

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

Timer

Minutter

51. I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet? (Kun ét X)

Ja, som regel



Gå til spørgsmål 53

Ja, men ikke tit nok

Nej, aldrig (næsten aldrig)

52. Hvad er årsagen til, at du ikke får søvn nok 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

Kommer for sent i seng på grund af huslige gøremål, f.eks. ordne vasketøj eller rydde op

Kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv

På grund af natarbejde eller skiftende arbejdstider

Tanker og bekymringer relateret til arbejde

Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer

Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon efter at du har lagt dig til at sove, f.eks. til at tjekke nyheder eller beskeder

Egen sygdom eller lidelse

Toiletbesøg

Forstyrrelser fra mindre børn i husstanden

Støj fra andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)

Støjgener fra f.eks. gadetrafik, tog, fly, naboer m.m.

Andet

+

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

(Sæt ét X i hver linje)	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 eller flere gange om ugen
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du...

(Sæt ét X)	0 dage	1-2 dage	3-4 dage	5 dage eller mere
brugt din mobiltelefon, tablet eller computer (fx i sengen), lige inden du lagde dig til at sove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Højde og vægt

55. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

57. 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"/>

58. 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

59. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder? (Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 61

60. 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"/>

I de næste spørgsmål møder du ordet **sundhedsprofessionelle**. Med det mener vi praktiserende læger, andre læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og andre professionelle, som du møder i sundhedsvæsenet, eller som du får råd fra om sundhed.

61. Angiv hvor let eller svært du finder følgende – tænk på dine erfaringer:

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

+

+

62. Angiv hvor enig eller uenig du er i følgende – tænk på dine erfaringer:

(Sæt ét X i hver linje)	Meget uenig	Uenig	Enig	Meget enig
Jeg sammenligner informationer om sundhed fra forskellige steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg støder på nye informationer om sundhed, undersøger jeg, om de er rigtige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg har brug for hjælp, har jeg mange mennesker, jeg kan regne med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ved, hvordan jeg finder ud af, om det jeg får at vide om sundhed, er rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg spørger sundhedsprofessionelle om, hvor god den information er, jeg selv har fundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja Nej Hvis nej → **Gå til spørgsmål 65**

64. Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag? Hvor besværligt er følgende for dig:

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

+

+

Kontakt med andre mennesker

65. Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?

Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)	<u>Dagligt</u> eller næsten <u>dagligt</u>	<u>1 eller 2</u> gange om <u>ugen</u>	<u>1 eller 2</u> gange om <u>måned</u>	<u>Sjældnere</u> end 1 gang om <u>måned</u>	<u>Aldrig</u>
Familie, som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ægtefælle/kæreste	<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, skole- eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller andre personer i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekendte i foreninger, klubber osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bekendte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. 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"/>

67. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte? (Kun ét X)

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

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

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

+

69. Hvor ofte deltager du i fritidsaktiviteter, foreningsliv eller frivilligt arbejde sammen med andre?

Det kan f.eks. være idrætsforening, socialt arbejde, faglig sammenslutning, bestyrelsesarbejde, musikalsk/kulturel forening eller religiøs sammenhæng mv.

(Kun ét X)

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

70. Har du inden for de seneste 12 måneder undladt at deltage i følgende aktiviteter på grund af problemer med transport?

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja
Besøg hos familie eller venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltagelse i kulturelle arrangementer (f.eks. musik, sport, teater, film)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brug af sundhedsvæsenets tilbud (f.eks. behandling eller kontrol hos læge, genoptræning, patientuddannelse, forebyggelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tillid

71. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Ved ikke
Man kan stole på de fleste mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan ikke være forsigtig nok, når man har med andre mennesker at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Hvor stor en tillid har du til følgende institutioner/personer i samfundet?

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget stor tillid	Ganske stor tillid	Ikke særlig stor tillid	Ingen tillid	Ved ikke
Sundhedsvæsenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De sociale myndigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domstolene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folketinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massemedier, TV, aviser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

73. I hvor høj grad stoler du på forskellige personer?

(Sæt ét X i hver linje)	Stoler helt og holdent på dem	Stoler en del på dem	Stoler ikke ret meget på dem	Stoler overhovedet ikke på dem	Ved ikke/ikke relevant
Personer, du arbejder sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer fra din bebyggelse / kvarter / lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Føler du dig tæt knyttet til dit lokalområde?

Med lokalområde menes den bydel, landsby eller det kvarter, du bor i.

(Kun ét X)

Ja, stærkt tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Ja, til en vis grad tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Nej, ikke specielt tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Nej, slet ikke tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Personlige forhold

75. Hvad er dit køn?

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

76. Hvornår er du født?

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

77. 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"/>

78. Har du en kæreste/ægtefælle, som du ikke bor sammen med?

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

79. 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"/>
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

+

80. 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"/>

81. Er du under uddannelse?**Ja****Nej****82. Er du i arbejde?****Ja****Nej**

Det næste spørgsmål er KUN til dig, som er under uddannelse eller i arbejde. Tag udgangspunkt i den arbejdsplads eller det uddannelsessted, hvor du tilbringer mest tid. Hvis du ikke er under uddannelse eller i arbejde, gå venligst til spørgsmål 84.

83. Hvor er det tilladt at ryge på din arbejdsplads/uddannelse?*(Kun ét X)*

Der er tilladt at ryge overalt	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til enkelte rygeområder	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er forbudt på hele matriklen	<input type="checkbox"/>
Rygning er helt forbudt i arbejdstid/skoletid, også udenfor matriklen	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Sådan alt i alt...

84. Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19 pandemien?

(Sammenlign med din livskvalitet før COVID-19 pandemien)

(Kun ét X)

Ja, den er blevet meget dårligere	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt dårligere	<input type="checkbox"/>
Nej, den er uændret	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt bedre	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet meget bedre	<input type="checkbox"/>

85. Alt taget i betragtning - hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?

(1 betyder meget utilfreds og 10 betyder meget tilfreds). (Kun ét X)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meget utilfreds								Meget tilfreds	
Ved ikke <input type="checkbox"/>									

+

+

MANGE TAK FOR HJÆLPEN

Når du svarer, deltager du i lodtrækningen om mange præmier:

7 vindere af
Supergavekort:
1 x 6.000 kr.
1 x 4.000 kr.
5 x 2.000 kr.

+75
Supergavekort
på 150 kr.

Supergavekortet giver mulighed for køb blandt mere end 150 landsdækkende butikker og spændende oplevelser.

For mere information om Supergavekortet se:
www.gavekortet.dk/supergiftcard.aspx.

Vinderne udtrækkes i maj måned og får direkte besked.

Husk at du let kan udfylde og sende dit spørgeskema elektronisk på www.svar2021.dk

Du kan læse mere om undersøgelsen på www.rn.dk/sundhedsprofil og finde svar på de oftest stillede spørgsmål.

Har du spørgsmål til undersøgelsen kan du kontakte os via kontaktformularen på www.rn.dk/sundhedsprofil eller ringe til vores hotline på tlf. 24 26 84 51 mandag-fredag kl. 9.00-15.00.

Dele af spørgeskemaet er belagt med ophavsrettigheder.

