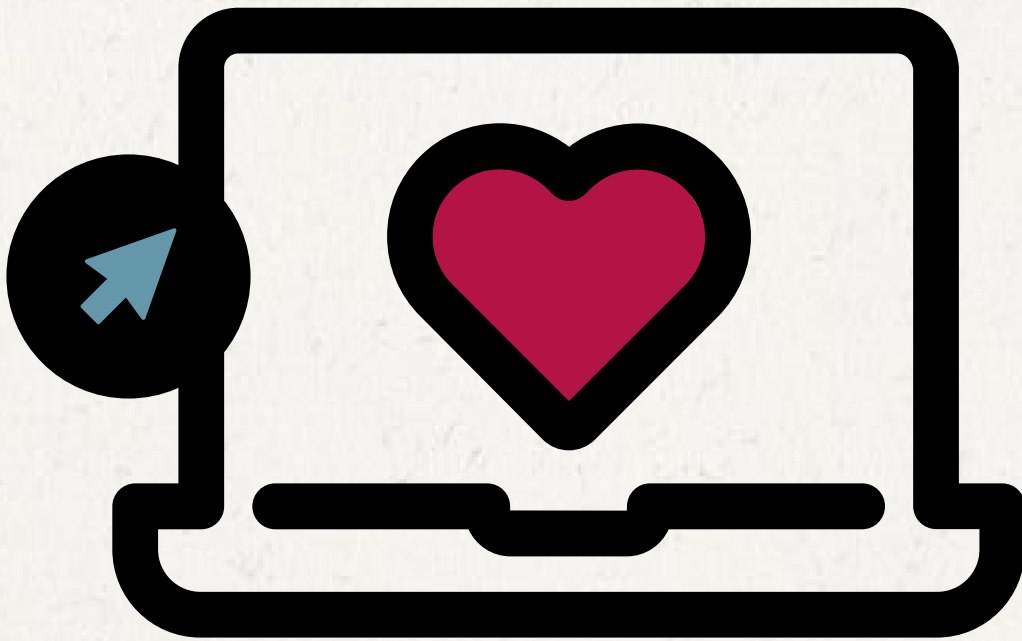


En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom  
blandt unge og voksne i Danmark 2017

# HVORDAN HAR DU DET?



Dit svar hjælper os med at få et unikt indblik i sundhed og trivsel i Danmark. Vi bruger undersøgelsen til at forbedre forebyggelsen og behandlingen af sygdomme

## Oplysninger om undersøgelsen

**Formålet med undersøgelsen** er at kortlægge danskernes sundhed og sygelighed. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden. Undersøgelsen er landsdækkende og laves samtidigt i alle landets kommuner. Det er naturligvis frivilligt at deltage. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen.

**For at mindske antallet af spørgsmål** henter vi supplerende oplysninger om f.eks. lægebesøg, indlæggelse på sygehus og receptmedicin fra offentlige databaser.

**Dine svar behandles fortroligt.** Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Statens Institut for Folkesundhed er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5a, 1353 København K.

**Du kan også udfylde spørgeskemaet på internettet på [www.svar2017.dk](http://www.svar2017.dk).** For besvarelse på internettet skal du bruge dit brugernavn og din adgangskode, som du finder i det vedlagte brev.

**Vi trækker lod om præmier** blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om tre pengepræmier på henholdsvis **5.000 kr.**, **3.000 kr.** og **1.000 kr.** Svarer du på spørgeskemaet inden d. 15. februar 2017, er du desuden med i lodtrækningen om **2.000 kr.** Vinderne får direkte besked pr. brev.

**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.

**Har du spørgsmål om undersøgelsen**, er du velkommen til at ringe til Statens Institut for Folkesundhed på telefonnummer **65 50 77 17** (mandag-onsdag og fredag kl. 9-12 samt torsdag kl. 13-16) eller sende en e-mail til [sva2017@si-folkesundhed.dk](mailto:sva2017@si-folkesundhed.dk). Du kan få mere at vide om Statens Institut for Folkesundhed på vores hjemmeside [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk).

## Sådan udfylder du skemaet

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

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

## Køn og alder

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

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?

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
(Sæt ét X i hver linje)			
Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
(Sæt ét X i hver linje)					
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?

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
(Sæt ét X i hver linje)					
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. Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, uden besvær	Ja, med lidt besvær	Ja, med meget besvær	Nej, slet ikke
Læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis det normalt bruges)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå 400 meter uden at hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre?

(Kun ét X)

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

## Dagligdagens stress

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

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

## Søvn

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

(Kun ét X)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 15
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>	

#### 14. 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: \_\_\_\_\_

## Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

#### 15. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

**16. 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"/>

## Langvarige sygdomme og eftervirkninger

**17. 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"/> → Gå til spørgsmål 19

**18. Har du de seneste 6 måneder på grund af helbredsproblemer eller sygdom været begrænset i udførelsen af aktiviteter, som folk sædvanligvis udfører? Har du været...**

(Kun ét X)	
Alvorligt begrænset	<input type="checkbox"/>
Noget begrænset	<input type="checkbox"/>
Slet ikke begrænset	<input type="checkbox"/>

**19. Har du langvarige/kroniske smerter, der har været i 6 måneder eller mere?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 21

**20. Hvis du samlet skulle beskrive, hvordan dine smerter har været inden for den seneste uge, hvor stærke har de da været på en skala fra 0-10, hvor 0 er slet ingen smerter, og 10 er værst tænkelige smerter?**

(Kun ét X)

Slet ingen smerter											Værst tænkelige smerter
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

+

+

**21. 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		Ja, det har jeg		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
	aldrig haft	Ja, det har jeg nu	haft	tidligere	Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. 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 sygefraværsdage skriv 0)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 23
Skriv antal sygefraværsdage inden for de seneste 14 dage (hvis 'ved ikke' skriv 99)		<input type="text"/>
Skriv antal sygefraværsdage inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) (hvis 'ved ikke' skriv 999)		<input type="text"/>



## Medicin

23. Har du inden for de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for medicin?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Hostemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma/allergimedisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtrykssænkende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsænkende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudlægemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende håndkøbsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende receptmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afføringsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervemedicin, beroligende medicin (f.eks. antidepressiv medicin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin eller anden form for antibiotikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Rygning

24. 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 26
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 28
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 28

25. 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"/>

## 26. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 28
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"/>	

## 27. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

## 28. 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

### 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)	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig brugt dem	<input type="checkbox"/>

## Solvaner

### 30. Hvor mange gange er du blevet forbrændt/solskoldet de seneste 12 måneder?

(Ved forbrændt/solskoldet forstås enhver form for rødme, ubehagelighed, smerte eller blære på huden, der varer længere end 12 timer efter ophold i solen)

(Sæt ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	Over 5 gange
I Danmark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På solferie i udlandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I solarium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stoffer

31. Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer?  
Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)	Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang? Skriv alder
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
GHB (fantasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

32. Hvis du har brugt hash inden for den seneste måned, hvor mange dage i løbet af den seneste måned har du brugt hash?

Skriv antal dage

## Alkohol

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

Ja

Nej



Gå til spørgsmål 43

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

Ja

Nej

+

+

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

Ja  Nej

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

Ja  Nej

37. 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

38. 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"/>

39. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja  Nej

40. 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 selvom 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

+

+

+

+

**41. 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"/>

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

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

## Kost

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

**43. 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"/>

**44. 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"/>

**45. 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"/>

+

+

+

+

**46. 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"/>

**47. 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"/>
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			<input type="checkbox"/>		

**48. 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"/>

**49. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?**

(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
Mad fra pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slik/chokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <u>uden</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50. Vil du gerne spise mere sundt?**

(Kun ét X)

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

+

+

## Bevægelse i dagligdagen

### Fysisk aktivitet i fritiden

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

51. 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.

	timer og		minutter pr. uge
--	----------	--	------------------

52. 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.

	timer og		minutter pr. uge
--	----------	--	------------------

53. 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

54. 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

	Timer	og	minutter
<b>Transport</b> (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	og	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
<b>Arbejde/skole/uddannelse</b> (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	og	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
<b>Fritid: ved skærm</b> (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	og	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
<b>Fritid: andet</b> (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>	og	<input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>

55. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

Ja

Nej

Ved ikke

## Højde og vægt

56. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde

cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt

kg

58. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj

59. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

## Tænder og tandpleje

60. Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage? (Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svarkategorien "alle tænder tilbage" bruges således, selvom en eller flere visdomstænder er fjernet).

(Kun ét X)

Ingen tænder tilbage

1-9 tænder tilbage

10-19 tænder tilbage

20-27 tænder tilbage

Alle tænder tilbage



+

+

**61. Har du i løbet af de seneste 5 år gået regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne?**

(Kun ét X)

Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går til regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på 12-18 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på 19-24 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mere end 24 måneder	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har ikke været regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne indenfor de seneste 5 år	<input type="checkbox"/>

## Kontakt med sundhedsvæsenet

**62. 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 64

**63. 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"/>

**64. Hvornår har du sidst:**

(Sæt ét X i hver linje)	Inden for det seneste år	Inden for 1-3 år	For mere end 3 år siden	Aldrig	Ved ikke
Fået målt dit blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået undersøgt eller kontrolleret dit syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået målt dit kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

**65. Har du nogensinde gjort brug af behandlere udenfor det almindelige sundhedsvæsen og f.eks. 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 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"/>

**66. Har du inden for det seneste år været til genoptræning?**

(Ved genoptræning menes der en målrettet, planlagt indsats, som har til formål at generhverve funktioner og træning af betydningsfulde færdigheder i hverdagen med det formål, at man kan klare sig selv i hverdagen).

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 68

**67. Hvis du har været til genoptræning inden for det seneste år, drejer det sig om:**

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Genoptræning i forbindelse med hospitalsindlæggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genoptræning, uden at du umiddelbart forinden har været indlagt på et hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**68. Har du inden for det seneste år haft behov for genoptræning uden at have fået det?**

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

+

+

## Kontakt med andre mennesker

### 69. 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"/>

### 70. 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"/>

### 71. 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"/>

### 72. Hvis du bliver syg og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan du da regne med at få hjælp fra andre? (Med andre menes der personer, du ikke bor sammen med).

(Kun ét X)

Ja, helt sikkert	<input type="checkbox"/>
Ja, måske	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

### 73. Hvor ofte deltager du i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre? (F.eks. idrætsforening, kulturforening, aftenskolehold, menighedsarbejde, beboerforening, græsrodsbevægelse 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"/>

## Boligforhold

74. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogen af følgende forhold inde i din bolig?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Lugt af mug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra brændeovne i kvarteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt af tobaksrøg fra nabo/tilstødende boliger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra trafikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Hvis du har været generet af støj fra naboer inden for de seneste 14 dage, hvilken slags støj har du så været generet af?

	(Gerne flere X)
Fodtrin, legende/løbende børn, skramlen med stole eller lignende	<input type="checkbox"/>
Tale, fjernsyn eller computer	<input type="checkbox"/>
Højlydte diskussioner, skænderier og/eller råben	<input type="checkbox"/>
Døre der lukker/smækker	<input type="checkbox"/>
Husdyr (f.eks. en hund der gørr)	<input type="checkbox"/>
Vaskemaskiner, tørretumbler, støvsuger eller lignende	<input type="checkbox"/>
Elevatorer eller garageporte	<input type="checkbox"/>
Toilet, vand- eller afløbsinstallationer	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

## Personlige forhold

76. Hvor ofte er det sket, at du inden for det sidste år har haft svært ved at betale dine regninger?

	(Kun ét X)
Hver måned	<input type="checkbox"/>
Ca. halvdelen af årets måneder	<input type="checkbox"/>
Nogle få måneder	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

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 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. 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"/>

**79. 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, økonoma, 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"/>

**80. Er du under uddannelse?**

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

**81. Er du i arbejde?**

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

## Arbejdsforhold

**82. Er du i dit arbejde ofte udsat for nogle af følgende forhold?***(Med ofte menes mere end to dage om ugen).**(Sæt ét X i hver linje)*

	Ja	Nej	Ved ikke
Arbejde i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange gentagne og ensidige bevægelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge byrder (mindst 10 kg), som skal bæres eller løftes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulde i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stærk varme i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træk i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

**83. Hvor ofte...**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig, næsten aldrig
sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

**84. Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?***(Kun ét X)*

Altid	<input type="checkbox"/>
Ofte	<input type="checkbox"/>
Sommetider	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig, næsten aldrig	<input type="checkbox"/>
Ikke relevant	<input type="checkbox"/>

**85. Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse?***(Kun ét X)*

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

## Spillevaner

Disse spørgsmål handler om dine spillevaner, f.eks. lotto, poker, tips, skrabelodder og lignende.

**86. Har du nogensinde:**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Løjet (for familiemedlemmer, venner, kolleger eller lærere) om, hvor meget du spiller, hvor meget du har tabt, eller hvor stor din spillegæld er?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft behov for at spille med større og større indsatser (for at opnå den samme følelse af spænding)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Sexliv

De næste spørgsmål handler om seksualliv. Nogle mennesker synes, det kommer alt for tæt på deres privatliv, at vi stiller sådanne spørgsmål. Derfor skal du huske på, at det er frivilligt at være med i undersøgelsen, og at du kan undlade at besvare spørgsmålene. Men vi beder dig også huske på, at dine oplysninger kun anvendes anonymt til statistik, og derfor vil du ikke kunne genkendes som enkeltperson.

**87. Har du inden for de seneste 5 år talt med en sundhedsprofessionel (læge, sundhedsplejerske, jordemoder mv.) om seksuelle spørgsmål?**

(Kun ét X)

Ja, på mit eget initiativ	<input type="checkbox"/>
Ja, på den sundhedsprofessionelles initiativ	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

**88. Er din seksuelle orientering overvejende rettet mod:**

(Kun ét X)

Personer af modsat køn	Personer af samme køn	Personer af begge køn	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**89. Har du inden for det seneste år oplevet manglende eller nedsat lyst til sex?**

(Kun ét X)

Ja, hele tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, ind imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

**90. Har du haft seksuelt samvær med en andet person i det seneste år?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 93

Spørgsmål 91 er kun til mænd. Hvis du er kvinde, forsæt venligst med spørgsmål 92.

91. Hvor ofte har du inden for det sidste år oplevet: Utilstrækkelig rejsning, for tidlig sædafgang, ikke opnået udløsning (eller med stort besvær) eller haft smerter ved samleje. Svar også på, om du synes, at det har været et problem for dig.

(Kun ét X)					(Kun ét X)	
Har du oplevet dette inden for <u>det seneste år</u> ?					Har du oplevet det som et problem?	
Slet ikke	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Hver gang/ hele tiden	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 92 er kun til kvinder. Hvis du er mand, forsæt venligst med spørgsmål 93.

92. Hvor ofte har du inden for det sidste år oplevet: Manglende fugtighed i skeden, ikke opnået udløsning (eller med stort besvær), haft skedekramper, der forhindrer indtrængning, eller haft smerter ved samleje. Svar også på, om du synes, at det har været et problem for dig.

(Kun ét X)					(Kun ét X)	
Har du oplevet dette inden for <u>det seneste år</u> ?					Har du oplevet det som et problem?	
Slet ikke	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Hver gang/ hele tiden	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vold og seksuelle overgreb

De næste spørgsmål passer måske slet ikke på din situation – men det er vigtigt for os, at du alligevel besvarer dem.

93. Er du inden for det seneste år blevet udsat for en eller flere af følgende former for fysiske overgreb?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Antal gange	Nej
Skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sparket, slået med knyttet hånd eller genstand	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kastet ind mod møbler, vægge, ned ad trappe eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Udsat for kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>



+

+

**94. Hvis ja til et eller flere overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?**

(Gerne flere X)

Mand Kvinde

Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**95. Er du inden for det seneste år blevet udsat for et eller flere af følgende former for seksuelle overgreb?**

(Sæt ét X i hver linje)

Ja

Antal gange

Nej

Ubehagelig seksuel beføling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Forsøg på tvunget samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Gennemført tvunget samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Andre seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**96. Hvis ja til et eller flere overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?**

(Gerne flere X)

Mand Kvinde

Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

**97. Er du indenfor det seneste år blevet udsat for én eller flere af følgende former for uønsket seksuel opmærksomhed?**

*(Sæt ét X i hver linje)*

	Ja	Antal gange	Nej
Modtaget seksuelt stødende breve, sms, emails, telefonopkald eller henvendelse på internettet eller sociale medier	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Har fået uønsket seksuel omtale gennem rygter, billeder på internettet eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Blevet udsat for blotteri	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Har fået uønskede seksuelle invitationer eller kommentarer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været udsat for andre former for uønsket seksuel opmærksomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**98. Hvis ja til en eller flere former for uønsket seksuel opmærksomhed, hvem udsatte dig for dette?**

*(Gerne flere X)*

	Mand	Kvinde
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

---



---



---



---



---



---



---

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



# TAK FOR HJÆLPEN!

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten – porto er betalt.

Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om tre pengepræmier på henholdsvis 5.000 kr., 3.000 kr. og 1.000 kr. Vinderne får direkte besked pr. brev i maj 2017.

**Vi glæder os til at modtage dine svar...**

