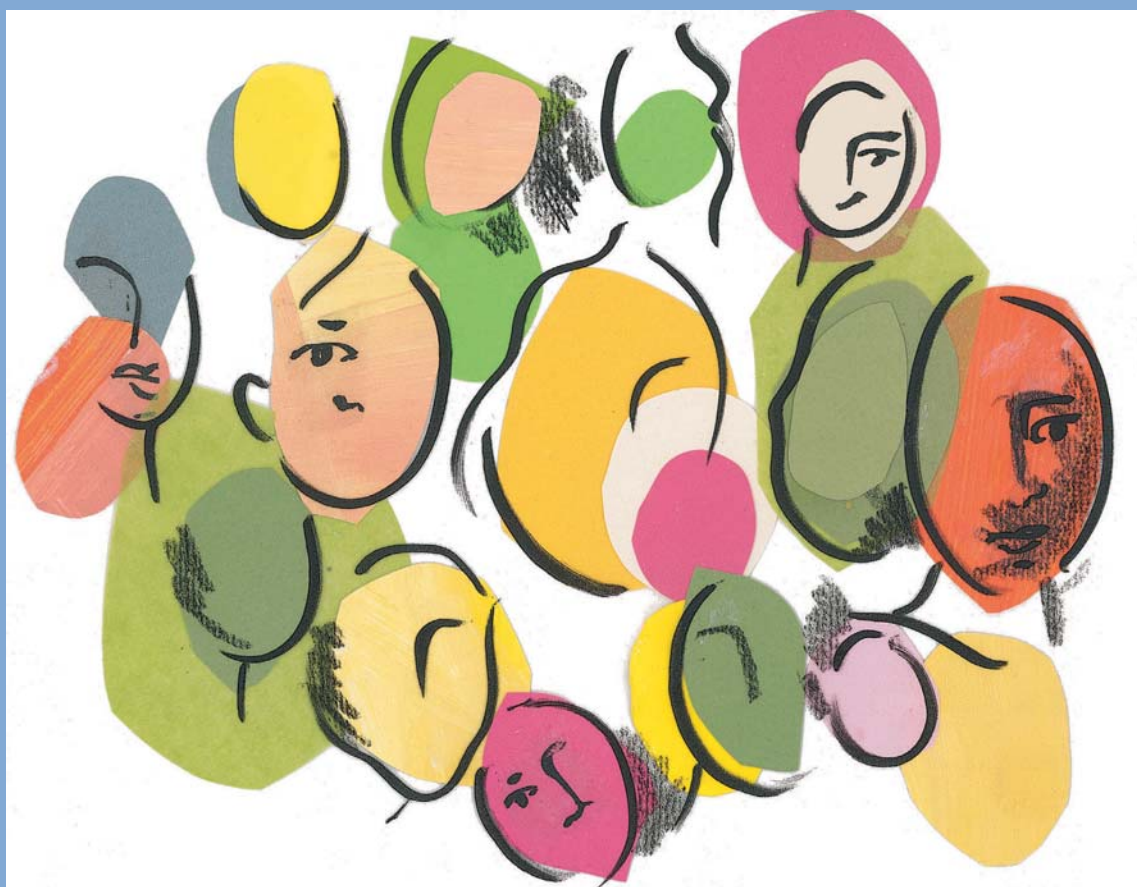


# Hvordan har du det?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom  
blandt voksne danskere

## 2010



## 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.

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

**Dine svar behandles fortroligt.** Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet.

**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 en påmindelse til alle, vi ikke har modtaget svar fra efter to uger.

**Vi trækker lod om præmier** blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om en 1. præmie på 6.000 kr., en 2. præmie på 4.000 kr. og en 3. præmie på 2.000 kr. Vinderne får direkte besked.

**Har du spørgsmål om undersøgelsen**, er du velkommen til at ringe til Statens Institut for Folkesundhed på telefonnummer **35 32 64 24**. Du kan få mere at vide om Statens Institut for Folkesundhed på vores hjemmeside **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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne.	<input type="text" value=" 2"/>	<input type="text" value=" 2"/>
Tal rettes ved helt at skraveres det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value=" 4"/> <input type="text" value=" 1, &lt;del&gt;2&lt;/del&gt;"/>	<input type="text" value=" 4"/> <input type="text" value=" 1, &lt;del&gt;2&lt;/del&gt;"/>

# 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. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Lettere aktiviteter så som 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"/>

## 3. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Har du inden for de seneste 4 uger haft nogen af 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 nået mindre, 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 omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inden for de seneste 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. 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
Følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Inden for de seneste 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, familie 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"/>

8. 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"/>



**9. Angiv, ved at sætte X i én af kasserne i hver gruppe, hvilke udsagn, der bedst beskriver din helbredstilstand i dag.**

**Bevægelighed**

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg er bundet til sengen	<input type="checkbox"/>

**Personlig pleje**

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med min personlige pleje	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke vaske eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>

**Sædvanlige aktiviteter**

(f.eks. arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter)

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>

**Smerter/ubehag**

(Kun ét X)

Jeg har ingen smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har moderate smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har ekstreme smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>

**Angst/depression**

(Kun ét X)

Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	<input type="checkbox"/>
Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	<input type="checkbox"/>
Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	<input type="checkbox"/>

**Det næste spørgsmål er kun til personer på 60 år eller derover. Hvis du er under 60 år, skal du gå til spørgsmål 11.**

**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 tre 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"/>

## Dagligdagens stress

### 11. Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den seneste måned:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte er du blevet bragt ud af det over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt dig sikker på, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

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

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

## Langvarige sygdomme og eftervirkninger

13. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?

(Kun ét X)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

(Sæt ét X i hver linje)

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg <u>aldrig</u> haft	Ja, det har jeg <u>nu</u>	Ja, det har jeg haft <u>tidligere</u>		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig <u>eftervirkninger</u> ?	
					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	<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"/>
Forbigående psykisk lidelse (f.eks. let depression eller angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser	<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"/>

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

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 16

15.1 Hvis ja, hvor er dine smerter lokaliseret?

(Gerne flere X)

Hoved, hals, ansigt, mund	<input type="checkbox"/>
Skulder og arme	<input type="checkbox"/>
Bryst	<input type="checkbox"/>
Mave	<input type="checkbox"/>
Ryg	<input type="checkbox"/>
Balder	<input type="checkbox"/>
Ben	<input type="checkbox"/>
Bækken	<input type="checkbox"/>
Endetarm	<input type="checkbox"/>
Kønsorganer	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

15.2 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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. 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?

(Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen sygefraværdsdage skriv 0)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 17
Inden for de seneste 14 dage <b>Skriv antal sygefraværdsdage</b> hvis 'ved ikke' skriv 99		<input type="text"/>
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) <b>Skriv antal sygefraværdsdage</b> hvis 'ved ikke' skriv 999		<input type="text"/>

## Ulykker

17. Har du inden for det seneste år været udsat for ulykker eller uheld uden for arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre de daglige gøremål (f.eks. forstuvet en ankel, blevet forbrændt, været udsat for en kemisk forgiftning o.lign.)?

(Gerne flere X)

Ja, trafikulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, hjemmeulykke	<input type="checkbox"/>
Ja, ulykke ved idræt, sport	<input type="checkbox"/>
Ja, anden form for fritidsulykke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

## Medicin

18. Har du inden for de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?

(Gerne flere X)	Recept- medicin	Håndkøbs- medicin
Ja, hostemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, astmamedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, blodtrykssænkende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, hjertemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, hudlægemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, smertestillende medicin mod hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led (f.eks. gigtmedicin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, anden form for smertestillende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, sovemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, afføringsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, nervemedicin, beroligende medicin (f.eks. antidepressiv medicin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, penicillin eller anden form for antibiotikum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, anden medicin <i>Skriv hvilken:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sundhedsvaner

### 19. Tror du, man selv kan gøre noget for at bevare et godt helbred?

(Kun ét X)

Tror egen indsats er særdeles vigtig	<input type="checkbox"/>
Tror egen indsats er vigtig	<input type="checkbox"/>
Tror egen indsats er af nogen betydning	<input type="checkbox"/>
Tror ikke på egen indsats	<input type="checkbox"/>

### 20. Gør du selv noget for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Kun ét X)

Nej, jeg gør ikke noget	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg har prøvet, men opgivet	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 22
Ja, jeg gør noget	<input type="checkbox"/>		

### 21. Hvad gør du for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Gerne flere X)

Jeg dyrker motion/er fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>
Jeg spiser sund kost	<input type="checkbox"/>
Jeg sørger for at spise mindre	<input type="checkbox"/>
Jeg ryger ikke	<input type="checkbox"/>
Jeg prøver at holde op med at ryge, ryge mindre	<input type="checkbox"/>
Jeg drikker ikke alkohol	<input type="checkbox"/>
Jeg sørger for at begrænse mit alkoholforbrug	<input type="checkbox"/>
Jeg sørger for at leve mindre stresset	<input type="checkbox"/>
Jeg sørger for at få tilstrækkeligt med søvn	<input type="checkbox"/>
Jeg holder kontakt til familie og venner	<input type="checkbox"/>
Jeg gør noget andet	<input type="checkbox"/>
Skriv hvad: _____	

# Rygning

## 22. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26

## 23. 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"/>

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

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
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"/>	

## 25. 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)?

(Kun ét X)

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



## Passiv rygning

De næste spørgsmål handler om passiv rygning. Man er udsat for passiv rygning, når man opholder sig i rum, hvor der ryges, eller hvor der har været røget, eller hvor der er kommet røg ind fra andre rum. Rygere er også passive rygere, hvis de opholder sig i rum, hvor luften er blandet med røg.

### 26. Har du dagligt eller næsten dagligt været udsat for passiv rygning?

(Sæt ét X i hver linje)	Skriv antal			
	Ja	år (cirka)	Nej	Ved ikke
I dit <u>barndomshjem</u> (til du flyttede hjemmefra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På <u>arbejdspladsen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som voksen i <u>dit eget hjem</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 27. Hvor mange timer opholder du dig dagligt i lokaler, hvor der ryges, eller hvor røg fra andre dele af bygningen har blandet sig med luften? Det gælder også, hvis du selv er den eneste, der ryger.

	(Kun ét X)
0 timer	<input type="checkbox"/>
Mindre end en ½ time	<input type="checkbox"/>
½ time - mindre end 1 time	<input type="checkbox"/>
1 - 3 timer	<input type="checkbox"/>
4 - 7 timer	<input type="checkbox"/>
8 - 15 timer	<input type="checkbox"/>
16 - 24 timer	<input type="checkbox"/>

## Stoffer

### 28. 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	Ja, inden for det	Ja, tidligere	Hvis ja, hvor gammel
		for den	seneste år (men	(men ikke	var du, da du prøvede
		seneste	ikke inden for den	inden for det	stoffet første gang?
		måned	seneste måned)	seneste år)	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 eufori- serende virkning (psilocybinsvampe)	<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"/>

28.1 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

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

(Kun ét X)

Ja

Nej



Gå til spørgsmål 39

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

(Kun ét X)

Ja

Nej

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

(Kun ét X)

Ja

Nej

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

(Kun ét X)

Ja

Nej

33. 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?

(Kun ét X)

Ja

Nej

34. 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

35. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

(Kun ét X)

Ja

Nej

**36. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?**

Der er mulighed for at svare inden for kategorierne øl, vin/hedvin og spiritus.

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

	Antal genstande øl	Antal genstande vin/hedvin	Antal genstande spiritus
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"/>

En genstand vil sige...

1 øl = 1 genstand

1 glas rød-/hvidvin = 1 genstand

1 glas hedvin = 1 genstand

1 snaps = 1 genstand

1 fl. rød-/hvidvin = 6 genstande

1 fl. hedvin 70 cl. = 10 genstande

1 fl. spiritus 70 cl. = 20 genstande

**37. Hvor tit drikker du mere end 5 genstande 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"/>

**38. 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.

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

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine eller plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om 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"/>

### 41. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om 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 grønnsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grønnsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?**

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindruer- kerneolie	<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

**44. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?**

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

(Kun ét X)

Mere end

6 om <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"/>

**45. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?**

(Kun ét X)

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

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

(Kun ét X)

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

## Fysisk aktivitet og motion

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. Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)

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

49. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

## Højde og vægt

50. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde  cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt  kg

52. 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"/>

53. 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"/>

## Tænder og tandpleje

54. 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 selv om en eller flere visdomstænder er fjernet).

(Kun ét X)

Ingen tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
0-9 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
10-19 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
20 eller flere tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
Alle tænder tilbage	<input type="checkbox"/>

55. Har du i løbet af de seneste 5 år gået regelmæssigt til tandlæge (mindst 1 gang årligt) for eftersyn af tænderne?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej, men har været 3-4 gange til tandlæge i de seneste 5 år	<input type="checkbox"/>
Nej, men har været 1-2 gange til tandlæge i de seneste 5 år	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har ikke været til tandlæge i de seneste 5 år	<input type="checkbox"/>

## Kontakt med sundhedsvæsenet

56. 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 58



**57. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>

**58. Hvornår har du sidst:**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>
Været til forebyggende helbredscheck / helbredssamtale hos læge	<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"/>

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

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

## 60. Har du inden for det seneste år været til genoptræning:

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej	Ved ikke
I forbindelse med operation på hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I forbindelse med anden hospitalsindlæggelse (f.eks. hjerneblødning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som følge af midlertidigt nedsat fysisk funktion eller sygdom (f.eks. knæoperation, udskiftning af hofte, diskusprolaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som følge af varig nedsat fysisk funktion efter sygdom eller svækkelse (f.eks. følger af alderdomssvækkelse, Parkinson, fysiske handicaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 60.1 Hvis du har været til genoptræning inden for det seneste år, hvor foregik genoptræningen?

(Gerne flere X)

På hospitalet	<input type="checkbox"/>
Hos privatpraktiserende fysioterapeut/ergoterapeut	<input type="checkbox"/>
I eget hjem	<input type="checkbox"/>
I det lokale sundhedscenter	<input type="checkbox"/>
På dagcenter/plejehjem	<input type="checkbox"/>
Andet steds	<input type="checkbox"/>
Skriv hvor: _____	

## Kontakt med andre mennesker

### 61. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?

(Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer el. beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer, du mest kender fra internettet (mail, chatforum og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 62. 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"/>

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

*(Kun ét X)*

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

**64. 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"/>

## Boligforhold

**65. 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
For høje eller for lave temperaturer, træk eller fodkulde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt eller indelukket luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra trafikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra installationer (f.eks. afløb, radiatorer, køleskab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra nærtliggende erhvervsvirksomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rystelser i boligen (f.eks. fra trafik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra brændeovne i kvarteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra trafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra andre kendte kilder (f.eks. affald, afløb, gylle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Arbejdsforhold

De næste spørgsmål er kun til personer, der er erhvervsaktive. Hvis du ikke er erhvervsaktiv, skal du gå til spørgsmål 71.

66. 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"/>

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

(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"/>

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

(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"/>

69. 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"/>

**70. 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"/>

## Personlige forhold

**71. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?**

(Kun ét X)

Gift	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 73
Registreret partnerskab	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 73
Separeret	<input type="checkbox"/>	
Skilt	<input type="checkbox"/>	
Enke(mand)	<input type="checkbox"/>	
Ugift	<input type="checkbox"/>	

**72. Er du fast samlevende i papirløst samliv?**

(Kun ét X)

Ja  Nej

**73. Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?**

Skriv antal

**74. 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"/>

75. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller Efg-uddannelse)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

76. Hvad er din erhvervmæssige stilling?

(Kun ét X)

<b>Beskæftigede</b>	
Selvstændig landmand	<input type="checkbox"/>
Selvstændig i øvrigt	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Arbejder faglært	<input type="checkbox"/>
Arbejder ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis anden, skriv hvilken: _____</i>	
<b>Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Uddannelsessøgende</b>	
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Studerende	<input type="checkbox"/>
Skoleelev	<input type="checkbox"/>
<b>Pensionister</b>	
Alderspensionist	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Anden form for pension	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager, overgangsydelse	<input type="checkbox"/>
<b>Andre</b>	
Hjemmearbejdende husmor, husfar	<input type="checkbox"/>
Langtidssyg (3 mdr. eller mere)	<input type="checkbox"/>
Værnepligtig	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp, bistandshjælp	<input type="checkbox"/>
Under revalidering	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis andet, skriv hvad: _____</i>	

## 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.

### 77. 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
Trusler om fysisk skade	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

#### 77.1 Hvis ja til et eller flere overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?

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

### 78. Er du inden for det seneste år blevet udsat for en eller flere af følgende former for seksuelle overgreb?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Antal gange	Nej
Ubehagelig seksuel beføling, blotteri 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"/>

#### 78.1 Hvis ja til et eller flere overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?

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



## Spillevaner

De sidste spørgsmål handler om dine spillevaner, f.eks. lotto, kasino, poker på internettet, hestespil eller lignende.

### 79. Har du nogensinde:

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej	Spiller aldrig
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Selv tænkt, at du havde et spilleproblem, eller fået at vide af andre, at du havde et spilleproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.



