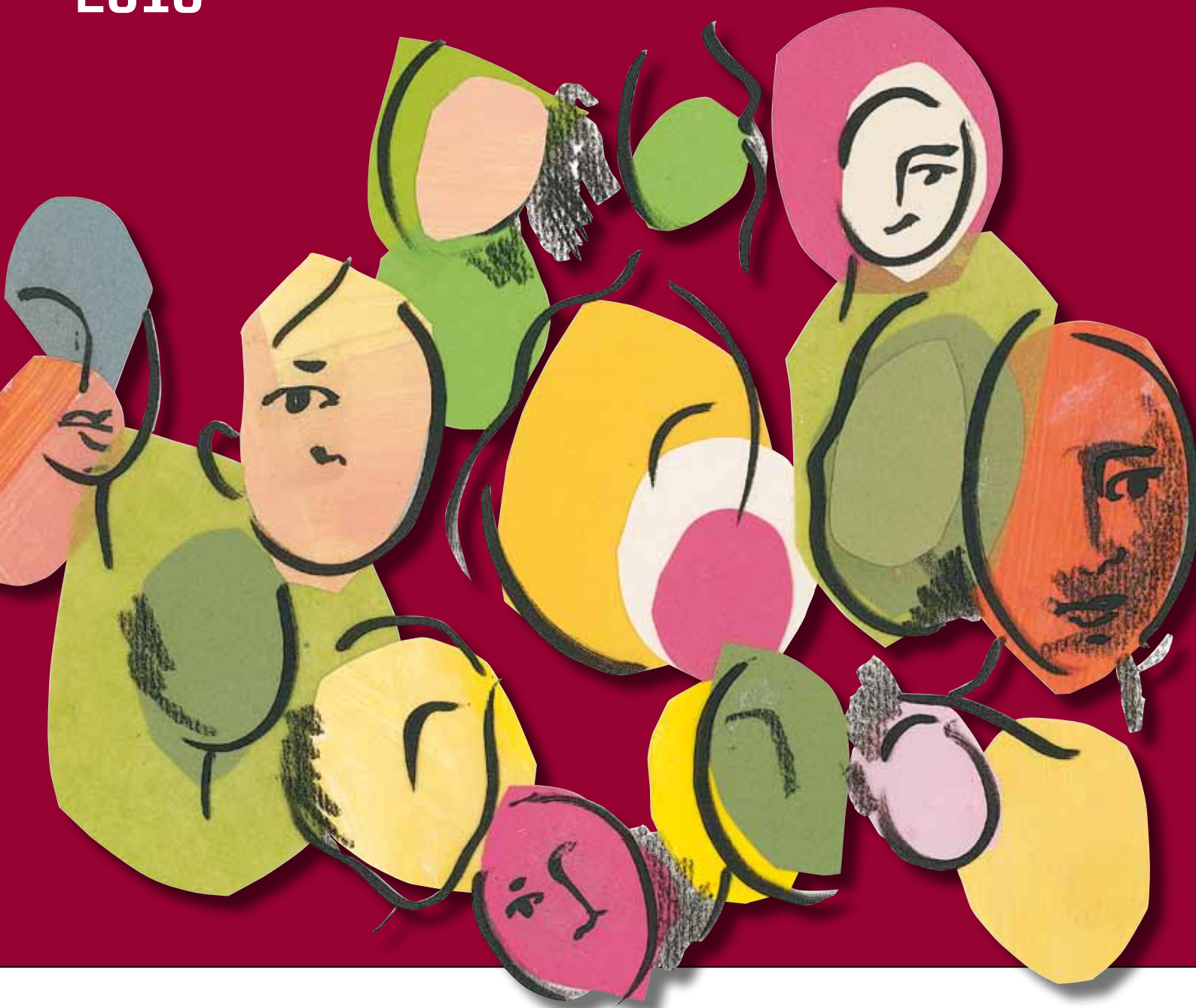


Hvordan har du det?

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

2010



Om undersøgelsen

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

Det er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed, som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Har man udfyldt spørgeskemaet, kan man til enhver tid anmode om at udgå af undersøgelsen og få sine data slettet.

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

Dine svar behandles fortroligt. Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til

statistik. Resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Midtjylland er dataansvarlig. Undersøgelsen laves ved Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N.

Nummeret øverst på side 28 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. Der er to biografbilletter til de første 1.000, der svarer. Se hvad du kan vinde på præmieoversigten.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 2033 2820 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@rm.dk

Venlig hilsen
Finn Breinholt Larsen, Projektansvarlig

Sådan udfylder du spørgeskemaet

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.

Sæt tydelige X

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

Tallene skrives i felterne

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

	RIGTIGT!		FORKERT!	
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input checked="" type="checkbox"/>
	0 2 år		2 år	
	1 4 år		1 9 år	

Ja tak, jeg vil gerne orienteres om undersøgelsens resultater på e-mail. Skriv din mailadresse her. Vi videregiver ikke din mailadresse til andre. Skriv venligst med blokbogstaver.

e-mail: _____

Køn, alder og modersmål

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

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

3. Hvad er dit modersmål? Det sprog du som barn har lært at tale i dit hjem.

Dansk	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

Helbred og trivsel

4. 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"/>



De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen.

5. 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
Krævende aktiviteter, som f.eks. at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 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"/>

7. 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"/>

8. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i *de seneste 4 uger?*

(Kun ét X)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

9. 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"/>

10. 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"/>

11. 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"/>

Ulykker

12. Har du inden for *de seneste 12 måneder* 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 og lignende.

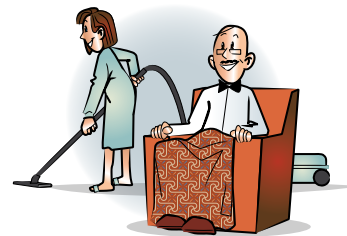
(Sæt ét eller flere X)

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

13. Har du inden for *de seneste 12 måneder* været udsat for ulykker eller uheld *i arbejdstiden*, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre dine daglige gøremål?

Ja Nej

Behov for støtte og hjælp



- 14. Har du på grund af sygdom eller andre problemer med helbredet brug for hjælp fra venner, familie eller f.eks. hjemmehjælp til at klare dine daglige gøremål?**

Nej, jeg har ikke brug for hjælp → Gå til spørgsmål 17 side 5

Ja, jeg har brug for hjælp

- 15. Hvad har du brug for hjælp til? Angiv først hvad du har brug for hjælp til. Dernæst hvad du faktisk får hjælp til.**

(Sæt ét eller flere X)

Jeg har brug for hjælp til at ...

(Sæt ét eller flere X)

Jeg får hjælp til at ...

		Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>
Lave mad	<input type="checkbox"/>	Lave mad	<input type="checkbox"/>
Spise	<input type="checkbox"/>	Spise	<input type="checkbox"/>
Vaske mig	<input type="checkbox"/>	Vaske mig	<input type="checkbox"/>
Klæde mig på	<input type="checkbox"/>	Klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Købe ind	<input type="checkbox"/>	Købe ind	<input type="checkbox"/>
Betale regninger	<input type="checkbox"/>	Betale regninger	<input type="checkbox"/>
Gøre rent	<input type="checkbox"/>	Gøre rent	<input type="checkbox"/>
Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>	Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>
Gå til læge	<input type="checkbox"/>	Gå til læge	<input type="checkbox"/>
Gå en tur	<input type="checkbox"/>	Gå en tur	<input type="checkbox"/>

Andet, skriv hvad:

Andet, skriv hvad:

- 16. Hvem hjælper dig?**

(Sæt ét eller flere X)

Min familie	<input type="checkbox"/>
Ven, veninde	<input type="checkbox"/>
Nabo	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjælp, plejepersonale	<input type="checkbox"/>
En besøgsven	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>
Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>

Dagligdagens stress

→ 17. 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 ligevægt 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 vigtige 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 og stresset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, 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 alle de ting, 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 irritationer?	<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"/>

Smerter og ubehag de seneste 14 dage



18. Har du inden for *de seneste 14 dage* været generet af nogle af de 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, uheldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vold og trusler

19. Er du inden for *det seneste år* blevet udsat for trusler om vold, som var så alvorlige, at du blev bange?

Ja Nej

20. Er du inden for *det seneste år* blevet udsat for fysisk vold?

Ja Nej

21. Hvis du var udsat for trusler eller vold, hvor skete det henne?

(Sæt ét eller flere X)

Jeg var ikke udsat for trusler eller vold	<input type="checkbox"/>
På arbejde eller uddannelsessted	<input type="checkbox"/>
I hjemmet	<input type="checkbox"/>
Hjemme hos en anden	<input type="checkbox"/>
På offentligt sted, værtshus, i tog eller bus	<input type="checkbox"/>
Andet sted	<input type="checkbox"/>

Langvarig sygdom og eftervirkninger

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

Ja Nej

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

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
					JA	NEJ
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe	<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 rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Har du andre langvarige sygdomme *nu*, eller har du haft det *tidligere*?

Hvis ja, skriv hvilke sygdomme. Hvis nej → Gå til spørgsmål 25

	Jeg har det nu	Jeg har haft det tidligere	→	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				JA	NEJ
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 25. Er du hæmmet i din daglige udfoldelse af sygdom, skader eller eftervirkninger af disse?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule hele tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, meget en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, hele tiden	<input type="checkbox"/>

26. 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 00.

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 27 side 9
Inden for de seneste 14 dage Skriv antal sygefraværdsdage – hvis 'ved ikke' skriv 99	<input type="text"/>
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) Skriv antal sygefraværdsdage – hvis 'ved ikke' skriv 999	<input type="text"/>

Søvn

→ 27. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét X)

Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



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

Timer	<input type="text"/>	Minutter	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------

29. I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet?

(Kun ét X)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 gange eller flere om ugen
Har du haft svært ved at vågne, når du skulle op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mindre end 5 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du sovet mere end 9 timer i døgnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du brugt sovemedicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været så søvnig, at du har haft svært ved at lave dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

31. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 34
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 34
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 36
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 40 side 11

32. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Antal pibestop	<input type="text"/>

33. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder	<input type="text"/>	år	→ Gå til spørgsmål 38 side 11
-------------	----------------------	----	-------------------------------

UDFYLDES HVIS DU RYGER SJÆLDNERE END HVER DAG

→ 34. Har du tidligere røget hver dag?

Nej, jeg har aldrig røget hver dag	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 38 side 11
Ja, jeg har tidligere røget hver dag	<input type="checkbox"/>	

35. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder	<input type="text"/>	år	→ Gå til spørgsmål 38 side 11
-------------	----------------------	----	-------------------------------

UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

→ 36. Har du tidligere røget hver dag?

Nej, jeg har aldrig røget hver dag	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 40 side 11
Ja, jeg har tidligere røget hver dag	<input type="checkbox"/>	

37. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder årHvornår holdt du op med at ryge? Skriv årstal Skriv måned hvis det er inden for de seneste 12 måneder

} → Gå til spørgsmål 40

UDFYLDES HVIS DU RYGER HVER DAG ELLER SJÆLDNERE

→ 38. Vil du gerne holde op med at ryge?*(Kun ét X)*Nej

→ Gå til spørgsmål 40

Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned **39. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge.**Ja Nej

UDFYLDES AF ALLE UANSET OM DU RYGER ELLER EJ

→ 40. Bliver der røget indendørs i dit hjem?*(Kun ét X)*Ja, hver dag Ja, nogle gange om ugen Ja, men sjældnere end hver uge Nej, aldrig eller næsten aldrig **41. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?***(Kun ét X)*Jeg arbejder ikke Det er tilladt at ryge overalt Rygning er begrænset til enkelte rygeområder Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs Rygning er kun tilladt udendørs Rygning er helt forbudt

Alkohol

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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 52 side 14

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

46. 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

47. 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

48. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

En genstand vil sige:



1 pilsner
(33 cl)



1 glas vin
(12 cl)



1 glas hedvin
(8 cl)



1 glas spiritus
(4 cl)

1 flaske stærk øl = 1,5 genstand

1 flaske rødvin/hvidvin = 6 genstande

1 flaske hedvin 70 cl = 10 genstande

1 flaske spiritus 70 cl = 20 genstande

49. 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"/>

50. 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"/>

51. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

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

Sæt kryds ved de svar, som passer bedst til dine spisevaner.

→ 52. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags *fedtstof* på?

(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 på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. 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"/>

54. 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"/>

55. 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"/>

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

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

Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her

57. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

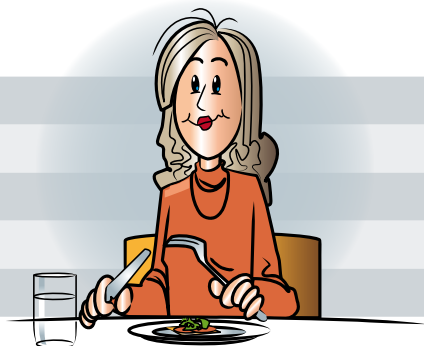
(Kun ét X)

Mere end 6 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om dagen	<input type="checkbox"/>
3-4 om dagen	<input type="checkbox"/>
1-2 om dagen	<input type="checkbox"/>
5-6 om ugen	<input type="checkbox"/>
3-4 om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 om ugen	<input type="checkbox"/>
Ingen	<input type="checkbox"/>

58. 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"/>



59. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

Bevægelse i dagligdagen

60. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv *mindst 30 minutter* om dagen?

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – f.eks. motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid.

(Kun ét X)

Ingen dage	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>
4 dage	<input type="checkbox"/>
5 dage	<input type="checkbox"/>
6 dage	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>



61. Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

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

Hvis ja, *skriv hvad:* _____



62. 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"/>

63. På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål?
Arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter m.m.

Vinter (Kun ét X)	Sommer (Kun ét X)
0 dage <input type="checkbox"/>	0 dage <input type="checkbox"/>
1 dag <input type="checkbox"/>	1 dag <input type="checkbox"/>
2 dage <input type="checkbox"/>	2 dage <input type="checkbox"/>
3 dage <input type="checkbox"/>	3 dage <input type="checkbox"/>
4 dage <input type="checkbox"/>	4 dage <input type="checkbox"/>
5 dage <input type="checkbox"/>	5 dage <input type="checkbox"/>
6 dage <input type="checkbox"/>	6 dage <input type="checkbox"/>
7 dage <input type="checkbox"/>	7 dage <input type="checkbox"/>

64. Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

(Kun ét X)

Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse	<input type="checkbox"/>
Bil	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>
Tog	<input type="checkbox"/>
Knallert, scooter, motorcykel	<input type="checkbox"/>
Cykel	<input type="checkbox"/>
Jeg går	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

65. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse? Medregn kun den ene vej.

Skriv antal km Jeg er ikke i arbejde eller under uddannelse

66. 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"/>

67. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke

Højde og vægt

68. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

70. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj



71. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

Området du bor i

72. Er der noget, du personligt savner i det område, hvor du bor?

	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej
Flere gangstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere cykelstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for udendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for indendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for at købe sund mad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere legepladser til børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud for unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud for ældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hos lægen



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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 75

74. 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"/>

→ **75. Vi har alle bøv! med helbredet nu og da. Forestil dig, at du døjer med noget af det følgende. Hvad vil du gøre?**

(Sæt ét X i hver linje)

	Jeg vil gå til læge	Jeg vil behandle mig selv	Jeg vil søge anden form for hjælp	Jeg vil ikke gøre noget
Du har følt dig konstant nedtrykt i tre uger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har haft svært ved at sove i en uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har en kraftig forkølelse med feber og dryppende næse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har haft hovedpine mere end én gang om ugen i den seneste måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har haft meget ondt i halsen i tre dage og har ikke andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har en byld, der ikke er forsvundet i løbet af en uge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du har haft hold i ryggen i nogle dage og er noget besværet af det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Tænk på de seneste 3 år:

Har du fået fysisk genoptræning for noget, du har fejlet?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 78 side 20

77. Var du tilfreds med den genoptræning, du fik?

Ja, helt tilfreds	<input type="checkbox"/>
Ja, men jeg kunne godt have brugt noget mere	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Hvis nej, *skriv hvorfor:* _____

→ 78. Tænk på *de seneste 3 år:*
Har du haft brug for fysisk genoptræning uden at kunne få det?

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

Hvis ja, *skriv hvilken genoptræning du havde brug for:* _____

Holdninger



79. Forestil dig, at to personer diskuterer forskellige spørgsmål. En person udtaler én holdning, og en anden person udtaler en anden holdning.

Angiv hvem du er mest enig med:

Ulla:	Der skal ikke indføres flere begrænsninger på rygning	<input type="checkbox"/>
Anna:	Rygning burde være helt forbudt	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Lise:	Afgifterne på alkohol skal hæves for at få folk til at drikke mindre	<input type="checkbox"/>
Anne:	Der er ingen grund til at hæve afgifterne på alkohol	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Ole:	Afgifterne på slik og sodavand skal hæves, så folk køber mindre slik og sodavand	<input type="checkbox"/>
Per:	Det er nu engang folks eget valg, hvor meget slik og sodavand de vil spise og drikke – derfor skal afgifterne på slik og sodavand ikke forhøjes	<input type="checkbox"/>

Angiv hvem du er mest enig med:

Thor:	Folks sundhed er nu engang deres eget ansvar, det skal politikerne ikke blande sig i	<input type="checkbox"/>
Niels:	Det er samfundets ansvar, at befolkningen er sund og rask	<input type="checkbox"/>

Samvær med familie og venner

- 80. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med? Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.**

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

- 81. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?**

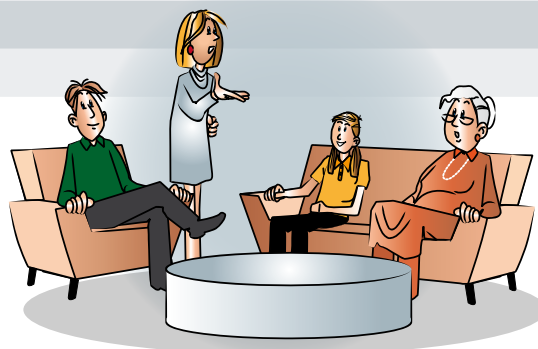
(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

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



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

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfald blandt dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andre, skriv hvad: _____

Børn, parforhold, uddannelse og arbejde

84. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét X)

Gift	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 86
Registreret partnerskab	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 86
Separeret	<input type="checkbox"/>	} - skriv hvornår du blev alene <input type="text"/> Årstal
Skilt	<input type="checkbox"/>	
Enke(mand)	<input type="checkbox"/>	
Ugift	<input type="checkbox"/>	

85. Er du fast samlevende i papirløst samliv?

Ja	<input type="checkbox"/>					
Nej	<input type="checkbox"/>	Hvis nej, har du tidligere haft en fast samlever?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

→ **86. Har du børn?** Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

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

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

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

88. Når du tæller dig selv med, hvor mange personer på 16 år og derover bor der i din husstand?

(Kun ét X)

En	<input type="checkbox"/>
To	<input type="checkbox"/>
Tre	<input type="checkbox"/>
Fire	<input type="checkbox"/>
Fem eller flere	<input type="checkbox"/>

89. 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"/>
Student-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>



90. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 92 side 24	
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, 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"/>

91. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____

→ 92. **Hvad er din erhvervsmæssige stilling?**
Der skal i alt kun sættes ét X på denne side.

Udfyldes KUN hvis du er i beskæftigelse

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"/>

Hvis anden, *skriv hvilken:* _____

Udfyldes KUN hvis du er arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering

Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Udfyldes KUN hvis du er under uddannelse

Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Studerende	<input type="checkbox"/>
Skoleelev	<input type="checkbox"/>

Skriv hvilken uddannelse du er i gang med: _____

Udfyldes KUN hvis du er pensionist

Alderspensionist	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Anden form for pension	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager, overgangsydelse	<input type="checkbox"/>

Udfyldes KUN af andre end de ovennævnte

Hjemmearbejdende husmor, husfar	<input type="checkbox"/>
Langtidssyg (3 måneder eller mere)	<input type="checkbox"/>
Værnepligtig	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp, bistandshjælp	<input type="checkbox"/>
Under revalidering	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, *skriv hvad:* _____

De følgende spørgsmål skal kun udfyldes, hvis du IKKE er i beskæftigelse nu, ellers → Gå til spørgsmål 99 side 26

93. Har du tidligere haft hovedbeskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle?

Nej → Gå til spørgsmål 105 side 27

Ja

94. Hvornår var du senest i beskæftigelse?

År Måned

95. Hvad var din seneste beskæftigelse?

(Kun ét X)

Selvstændig landmand

Selvstændig i øvrigt

Medhjælpende ægtefælle

Arbejder faglært

Arbejder ufaglært

Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)

Anden beskæftigelse

96. Hvad var din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (ikke blot ansat i butik), kontorchef i kreditforening (ikke blot kontorchef).

Skriv hvad: _____

97. Var du offentligt ansat i din seneste beskæftigelse?

Ja Nej

98. Var din seneste beskæftigelse et lederjob?

(Kun ét X)

Nej → Gå til spørgsmål 105 side 27

Ja, jeg havde 1-9 underordnede → Gå til spørgsmål 105 side 27

Ja, jeg havde 10-19 underordnede → Gå til spørgsmål 105 side 27

Ja, jeg havde 20 underordnede eller mere → Gå til spørgsmål 105 side 27

De følgende spørgsmål skal kun udfyldes, hvis du er i beskæftigelse NU, ellers → Gå til spørgsmål 105 side 27

- 99. **Hvad er din stilling mere præcist?** Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (ikke blot ansat i butik), kontorchef i kreditforening (ikke blot kontorchef).

Skriv hvad: _____

100. Er du offentligt ansat?

Ja Nej

101. Har du et lederjob?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg har 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>

102. Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

Skriv antal timer om ugen

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

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sket det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din energi, at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din tid, at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Fortsat fra side 26.

(Sæt ét X i hver linje)	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Har du indflydelse på, hvordan du udfører dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent fysisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent psykisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at du får anerkendelse for dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du alt i alt tilfreds med dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

104. 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"/>

DE FØLGENDE SPØRGSMÅL SKAL UDFYLDES, UANSET OM DU HAR ARBEJDE ELLER EJ.

→ 105. Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, *ikke* nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule	<input type="checkbox"/>
Ja, en del	<input type="checkbox"/>
Ja, meget	<input type="checkbox"/>

106. Hvordan vil du beskrive det område, du bor i?

By (1.000 indbyggere eller flere)	<input type="checkbox"/>
Landsby (under 1.000 indbyggere)	<input type="checkbox"/>
Landområde	<input type="checkbox"/>

107. Ejer du selv eller andre i din husstand:

	Ja	Nej
... den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108. Hvilke indkomstkilder har du for tiden?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Lønindkomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden erhvervsindkomst (f.eks. indtægter fra egen virksomhed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indkomst, der ikke kommer fra erhverv (f.eks. pension, SU, efterløn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Hvor stor var din og din husstands indkomst i 2009 før skat og andre fradrag? Bruttoindkomst.

	<i>(Kun ét X)</i> Din egen indkomst	<i>(Kun ét X)</i> Din husstands indkomst (inkl. din egen indkomst)
0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>	0 - 99.000 kr. <input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>	100.000 - 149.000 kr. <input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>	150.000 - 249.000 kr. <input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>	250.000 - 374.000 kr. <input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>	375.000 - 524.000 kr. <input type="checkbox"/>
525.000 - 699.000 kr.	<input type="checkbox"/>	525.000 - 699.000 kr. <input type="checkbox"/>
700.000 - 849.000 kr.	<input type="checkbox"/>	700.000 - 849.000 kr. <input type="checkbox"/>
850.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>	850.000 kr. og derover <input type="checkbox"/>

Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan det gøres her:



Tak for hjælpen!

Riv denne side af.

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

Det er Center for Folkesundhed i Region Midtjylland, der koordinerer undersøgelsen. Og det er kun forskere herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet anonymt.

Du kan læse om undersøgelsen og dens resultater på hjemmesiden:
www.hvordanhardudet.rm.dk

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 2033 2820 (man-fre 10-20, lør-søn 10-15) eller sende en e-mail til hvordanhardudet@rm.dk

Det er os, der laver undersøgelsen. Vi glæder os til at modtage dine svar.



