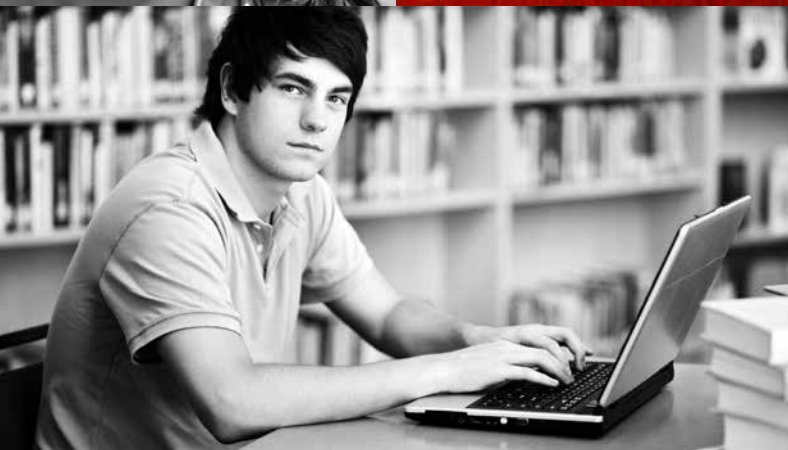


Hvordan har du det?

EN UNDERSØGELSE AF TRIVSEL, SUNDHED OG SYGDOM
BLANDT UNGE I REGION MIDTJYLLAND

2017



Du kan også svare på nettet – se bagsiden

DEFACTUM

Om undersøgelsen

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

Undersøgelsen foretages i Region Midtjylland og i de øvrige regioner i Danmark. Dele af de indsamlede data vil desuden indgå i en landsdækkende undersøgelse, som udføres af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Det er naturligvis frivilligt at deltage. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke, hvorefter de afgivne oplysninger vil blive slettet.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi supplerende oplysninger om dine kontakter med læge og sygehus samt andre oplysninger fra offentlige registre.

Dine svar behandles fortroligt. Alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af dit privatliv.

Region Midtjylland er dataansvarlig. Undersøgelsen udføres af Region Midtjyllands forskningsafdeling DEFACTUM, Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N.

Du kan også udfylde spørgeskemaet på nettet på www.svar2017.dk. For besvarelse på nettet skal du bruge dit brugernavn og din adgangskode, som du finder på spørgeskemaets bagside. Vi anbefaler at du anvender en computer eller tablet.

Vi trækker lod om præmier blandt alle de modtagne besvarelser. Du kan vinde
1 x rejsegavekort på 10 000 kr.
3 x iPad air 2
1 x iPhone 7
3 x spa ophold
2 x cykelgavekort på 5 000 kr.



De første 1 000, der besvarer spørgeskemaet, får tilsendt 2 biografbilletter.

For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du meget velkommen til at ringe på telefon 7841 4340 eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@rm.dk

Venlig hilsen

Finn Breinholt Larsen, projektansvarlig

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Vi scanner dine svar på en computer, 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

RIGTIGT!

Ja Nej

Ja Nej

0,2 år

1, ~~2~~ år

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej

2 år

1 ~~2~~ år

Tallene skrives i felterne

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

Køn, alder og modersmål

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

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

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"/>

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"/>



5. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

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

6. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af 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. **Hvor stor en del af tiden inden for *de sidste 4 uger* har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter *på grund af følelsesmæssige problemer*?**

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <i>nået mindre</i> , 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 <i>omhyggeligt</i> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Inden for *de sidste 4 uger*, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde?** Både arbejde uden for hjemmet og husarbejde.

(Kun ét X)	
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

9. **Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i *de sidste 4 uger*. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i *de sidste 4 uger*...**

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **Inden for *de sidste 4 uger*, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker?** F.eks. besøge venner, slægtninge osv.

(Kun ét X)	
Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

Dagligdagens stress

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)

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

Smerter 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"/>

Søvn

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



Timer Minutter

- 14. 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"/>

- 15. 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 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"/>

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

Ja Nej

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

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				JA	NEJ
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet <i>mindre end 6 måneder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <i>mere end 6 måneders</i> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning



18. Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter)

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 22
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25 side 7

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

(Skriv antal)

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

→ 20. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 22
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>	

21. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? F.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge.

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

→ 22. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

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

Skriv alder	<input type="text"/>	år	Hvis du er ryger → Gå til spørgsmål 25 side 7
-------------	----------------------	----	---

UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

23. Har du tidligere røget hver dag?

- Nej, jeg har aldrig røget hver dag → Gå til spørgsmål 25
- Ja, jeg har tidligere røget hver dag

24. Hvornår holdt du op med at ryge?

Skriv årstal

Skriv måned hvis det er inden for de seneste 12 måneder

UDFYLDES AF ALLE UANSET OM DU RYGER ELLER EJ

→ 25. Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen

1 - 5 timer om dagen

½ - 1 time om dagen

Mindre end ½ time om dagen

0 timer

26. 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

E-cigaretter

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

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, mindst én gang om ugen

Ja, sjældnere end hver uge

Nej, men jeg har brugt dem tidligere

Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)

Nej, jeg har aldrig brugt dem

Alkohol

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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål **40** side 10

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

32. Har du inden for *de seneste 12 måneder* jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

Nej

33. 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

34. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

- 35. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?**
Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

	Antal genstande		
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 genstand =

1 almindelig øl
1 glas rød-/hvidvin
1 glas hedvin
1 drink/cocktail
1 snaps/shot
1 alkoholsodavand
1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
1 flaske hedvin = 10 genstande
1 flaske spiritus = 20 genstande

- 36. Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?**

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>



- 37. Hvordan vurderer du dine alkoholvaner alt i alt?**

(Kun ét X)

Særdeles fornuftige	<input type="checkbox"/>
Fornuftige	<input type="checkbox"/>
Hverken fornuftige eller ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Lidt ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Meget ufornuftige	<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"/>
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

39. Inden for de seneste 12 måneder: Hvor ofte har du oplevet følgende i forbindelse med, at du har drukket alkohol?

(Sæt ét X i hver linje)

	0 gange	1 gang	2 eller flere gange
Været i slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været involveret i en ulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft et blackout (husker ikke hvad der skete)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft sex, som du fortrød bagefter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kørt på cykel selvom du havde drukket flere genstande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kørt knallert/bil selvom du havde drukket flere genstande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taget stoffer (f.eks. hash, kokain), som du fortrød bagefter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffer

→ 40. Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)

Hash	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja → Hvor gammel var du, da du prøvede det første gang? Skriv alder <input type="text"/> år
------	--	--

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

UDFYLDES HVIS DU HAR PRØVET HASH ELLER ANDRE STOFFER

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

(Sæt ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	Mindst 20 gange
Røget hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtaget andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tatoveringer

42. Har du en tatovering?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 48 side 12

43. Hvilke farver er du tatoveret med?

(Sæt ét eller flere X)

Rød Grøn Lyserød Sort Grå
 Gul Orange Blå Lilla Andre farver

44. Hvor stor er din tatovering (cirka) målt i antal håndflader?

Ved flere tatoveringer angives den samlede størrelse

(Kun ét X)

Mindre end 1 håndflade
 1-5 håndflader
 Mere end 5 håndflader



45. Hvor gammel var du, da du fik din første tatovering?

år

46. Har du nogensinde haft gener af en tatovering?

F.eks. kløe, smerte, betændelse og hævelse i forbindelse med sollys eller på andre tidspunkter. Se bort fra de gener, der måske har været i de første 3 uger efter tatoveringen er lavet.

(Kun ét X)

Nej → Gå til spørgsmål 48 side 12
 Ja, i mindre grad
 Ja, i høj grad

47. Har du nogensinde været ved læge eller på hospitalet, fordi du havde gener af en tatovering?

Ja Nej

Selvskade

- **48.** Har du nogensinde *skadet dig selv* med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv? (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)

Ja Nej → Gå til spørgsmål **52** side 13

- 49.** Hvordan har du skadet dig selv?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Jeg har skåret mig selv ('cutting')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har brændt mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har kradset eller nevet mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har slået mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har slået eller sparket hårdt mod noget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har stukket mig selv med nåle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har trukket hår ud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har slugt skadelige genstande eller væsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har skadet mig selv på anden vis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 50.** Hvor *mange gange* har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?

0 gange 1-5 gange 6-20 gange Mere end 20 gange

- 51.** Vil du gerne have hjælp til at stoppe med at skade dig selv fra læge, psykolog eller anden fagperson?

(Kun ét X)

Ja, jeg vil gerne have hjælp	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg ønsker ikke hjælp	<input type="checkbox"/>
Jeg modtager allerede hjælp	<input type="checkbox"/>
Ikke relevant (jeg er stoppet med at skade mig selv)	<input type="checkbox"/>

Mad

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



→ **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 (f.eks. kylling, kalkun, and)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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	5-6 om dagen	3-4 om dagen	1-2 om dagen	5-6 om ugen	3-4 om ugen	1-2 om ugen	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"/>

58. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke

59. De følgende spørgsmål handler om din krop, vægt og spisevaner. Sæt kryds ud for det, der passer bedst på dig.

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget ofte	Ofte	Sjældent	Aldrig
Jeg får dårlig samvittighed, når jeg spiser slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er på slankekur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er tilfreds med mine spisevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kaster op for at komme af med det, jeg har spist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise, når jeg først er begyndt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Sæt ét X i hver linje)

	Rigtigt	Næsten rigtigt	Kun lidt rigtigt	Forkert
Jeg føler, det er nødvendigt at følge en streng diæt eller overholde andre madritualer for at kontrollere, hvad jeg spiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at mit ønske om at tabe mig har taget overhånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevægelse i dagligdagen

Fysisk aktivitet i fritiden

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

- 60.** På en typisk uge, hvor meget tid bruger du **i alt på moderat og hård fysisk aktivitet**, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

På en typisk uge

timer og minutter pr. uge

- 61.** Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du **i alt på hård fysisk aktivitet**? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

På en typisk uge

timer og minutter pr. uge

Stillesiddende tid

- 62.** På en typisk *hverdag/arbejdsdag*, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer?

Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.

(Udfyld alle felter)	På en hverdag/ arbejdsdag	
	Timer	og minutter
Transport (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbejde/skole/uddannelse (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fritid: ved skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fritid: andet (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 63.** Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)


Ja Nej Ved ikke

64. 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"/>



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

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

Højde og vægt

66. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

68. 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"/>

69. 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"/>	→ Gå til spørgsmål 71
Ved ikke	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 71



70. Hvor meget vil du gerne tabe dig?

Skriv antal kg

Vold og overgreb

- 71. Har du i dit *ungdomsliv* (13-24 år) været udsat for fysisk vold eller trusler om fysisk vold? Eksempelvis blevet skubbet, revet, rusket, slået, sparket, kastet ind i noget eller blevet truet med tæsk.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 73
Ja, én gang	<input type="checkbox"/>	
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>	

72. Hvem udsatte dig for det?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Kæreste/ægtefælle (tidligere eller nuværende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forælder/stedfar/stedmor/anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 73. Har du i dit *ungdomsliv* (13-24 år) været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb? Eksempelvis seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje mod din vilje.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 75 side 19
Ja, én gang	<input type="checkbox"/>	
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>	

74. Hvem udsatte dig for det?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Kæreste/ægtefælle (tidligere eller nuværende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forælder/stedfar/stedmor/anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **75. Har du i din barndom (under 13 år) været udsat for fysisk vold eller trusler om fysisk vold?** Eksempelvis blevet skubbet, revet, rusket, slået, sparket, kastet ind i noget eller blevet truet med tæsk.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 77
Ja, én gang	<input type="checkbox"/>	
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>	

76. Hvem udsatte dig for det?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forælder/stedfar/stedmor/anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **77. Har du i din barndom (under 13 år) været udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb?** Eksempelvis uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje.

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 79 side 20
Ja, én gang	<input type="checkbox"/>	
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>	

78. Hvem udsatte dig for det?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forælder/stedfar/stedmor/anden familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trivsel og livskvalitet



→ 79. Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

(Kun ét X)

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

80. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har haft det gennem *de sidste 2 uger*.

Hvor stor en del af tiden:

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
--	------------	--------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------	--------------------

Har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig mere stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Har du nogensinde haft samleje?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 85



82. Hvor gammel var du første gang, du havde samleje?

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

Skriv alder år

83. Hvor mange forskellige personer har du haft samleje med?

Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv et cirka antal.

Skriv antal personer

84. Når du har samleje med en NY partner, hvilken type prævention bruger du eller din partner typisk? Hvis du kun har haft én partner, så tænk på første gang I havde samleje.

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P-piller/p-stave/p-plastre/p-ring/minipiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afbrudt samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sikre perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: _____

→ **85. Opfatter du dig som:**

(Kun ét X)

Heteroseksuel (tiltrukket af det modsatte køn)	<input type="checkbox"/>
Homoseksuel (tiltrukket af eget køn)	<input type="checkbox"/>
Biseksuel (tiltrukket af begge køn)	<input type="checkbox"/>
Uafklaret	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hos lægen



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

Ja

Nej → Gå til spørgsmål **88** side 23

87. 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"/>

Samvær med familie og venner

- **88. 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, sociale medier og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

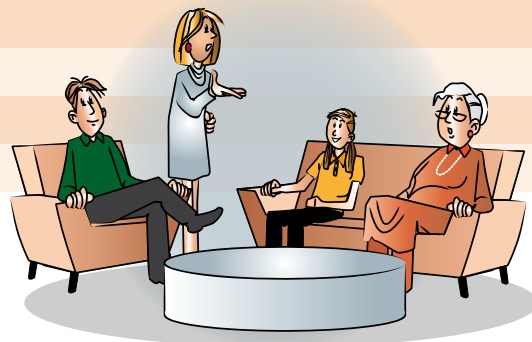
(Kun ét X)

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

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

(Kun ét X)

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



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

(Sæt ét X i hver linje)

	Sjældent	En gang imellem	Ofte
Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du dig udenfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. 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: _____

93. Hvor ofte deltager du i foreningsliv eller frivilligt arbejde sammen med andre? Feks. idrætsforening, socialt arbejde, faglig sammenslutning, bestyrelsesarbejde, beboerforening, musikalsk/kulturel forening eller religiøs sammenhæng.

(Kun ét X)

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



94. Vil du gerne deltage mere i foreningsliv eller frivilligt arbejde, end du gør nu?

(Kun ét X)

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

Børn, parforhold og uddannelse

95. Har du en kæreste?

	År	Måneder
Ja <input type="checkbox"/> → Hvor længe har I været sammen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nej <input type="checkbox"/>		

96. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Har du børn? Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

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

98. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 100 side 26
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 100 side 26
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 100 side 26
Studerter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 100 side 26
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 100 side 26

99. Hvilken skole- eller ungdomsuddannelse er du i gang med?

(Kun ét X)

<input type="checkbox"/> 9. klasse	<input type="checkbox"/> 10. klasse
<input type="checkbox"/> Almen gymnasium (STX)	<input type="checkbox"/> Teknisk gymnasium (HTX)
<input type="checkbox"/> Højere handelseksamen (HHX)	<input type="checkbox"/> HF
<input type="checkbox"/> Erhvervsuddannelse (EUD)	<input type="checkbox"/> EUX
<input type="checkbox"/> Andet	

Hvis andet, skriv hvad: _____

→ **100. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?**

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 102	
Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonom, tandplejer)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	<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"/>

101. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: _____



→ **102. Er du under uddannelse?**

Ja <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 104 side 27	

103. Hvilken uddannelse er du i gang med?

Skriv hvilken: _____

Arbejde

→ 104. Er du i arbejde?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 108

105. Hvad er din nuværende stilling?

(Kun ét X)

Selvstændig	<input type="checkbox"/>
Medhjælpende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Faglært	<input type="checkbox"/>
Ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

106. 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: _____

107. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?

<input type="text"/>	Antal timer om ugen (hvis ingen skriv 0)
----------------------	--

→ 108. 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"/>

109. Hvor stor var din indkomst i 2016 før skat og andre fradrag?*(Kun ét X)*

0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr.	<input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>
525.000 - 699.000 kr.	<input type="checkbox"/>
700.000 - 849.000 kr.	<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 du gøre det her:

Tak for hjælpen!

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

Det er Region Midtjyllands forskningsafdeling DEFACTUM, der udfører undersøgelsen. Det er kun personale herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet fortroligt.

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 7841 4340 eller sende en e-mail til hvordanhardudet@rm.dk

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



**Du kan også svare på
www.svar2017.dk**

