

# Hvordan har du det?

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

**2021**



**Spring turen til  
postkassen over**

Udfyld spørgeskemaet på  
[www.svar2021.dk](http://www.svar2021.dk)

- se bagsiden

# Tak fordi du vil svare på spørgeskemaet

**Formålet med undersøgelsen** er at undersøge, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne i Region Midtjylland. Du kan læse meget mere om undersøgelsen, og hvordan vi behandler dine oplysninger, i det vedlagte invitationsbrev.

**Du svarer på spørgeskemaet** ved at udfylde og indsende det i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.

**Du kan også udfylde spørgeskemaet på [www.svar2021.dk](http://www.svar2021.dk)**

For at svare 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, der svarer på spørgeskemaet. Du kan vinde et **SuperGavekort** til en værdi af:

**1 x 10.000 kr.**

**1 x 7.000 kr.**

**1 x 3.000 kr.**

Hvis du svarer inden for de første 14 dage af undersøgelsen, deltager du samtidig i lodtrækningen om ét af **1.000 SuperGavekort** til en værdi af 200 kr.

**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](mailto:hvordanhardudet@rm.dk)

Venlig hilsen

Karina Friis, seniorforsker og 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

### Tallene skrives i felterne

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

#### RIGTIGT!

Ja  Nej

Ja  Nej

0 2 år

1 ~~2~~ 4 år

#### FORKERT!

Ja  Nej

Ja  Nej

2 år

1 ~~2~~ 4 år




# Helbred og trivsel

## 1. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



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

(Sæt ét X i hver linje)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

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

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

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

# COVID-19

## 8. Har du haft COVID-19?

(Kun ét X)

Ja, jeg er blevet testet positiv for COVID-19 ved podning eller antistoftest	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg tror, jeg har haft COVID-19	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg tror ikke, jeg har haft COVID-19	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

## 9. Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder (tænk på hele perioden fra februar 2020 til nu)?

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Jeg har været mere bekymret for mit helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været mere bekymret for min mentale trivsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været mere bekymret for mine nærmestes helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været mere bekymret for mine nærmestes mentale trivsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt mig mere isoleret fra andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været bekymret for at blive smittet med COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Har du undladt at tage kontakt til læge eller sygehus ...

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
af frygt for at blive smittet med COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fordi du ikke vil belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Angiv hvor enig eller uenig du er i følgende udsagn:

	Meget uenig	Uenig	Enig	Meget enig	Ved ikke
Jeg tilhører "risikogruppen" for at blive alvorligt syg af COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (sammenlign med din livskvalitet før COVID-19-pandemien)

(Kun ét X)

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

## Dagligdagens stress

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

**Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:**

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

- 14. 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 at det er svært at leve op til de forventninger, som <u>andre</u> har til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som <u>du</u> har til dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Symptomer og ubehag



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

(Sæt ét X i hver linje)

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

## Søvn

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



Timer   Minutter

17. 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"/>

18. 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

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

Ja  Nej

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

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

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

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



# Rygning



## 22. 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 24
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26 side 8
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 29 side 8

## 23. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

(Skriv antal)

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

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

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26 side 8
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>	
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>	

## 25. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?

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

- **26. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?**  
Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en cirka alder.

Skriv alder  år Hvis du er ryger → Gå til spørgsmål 29

### UDFYLDES HVIS DU ER HOLDT OP MED AT RYGE

- 27. Har du tidligere røget hver dag?**

Nej, jeg har aldrig røget hver dag  → Gå til spørgsmål 29

Ja, jeg har tidligere røget hver dag

- 28. 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

- **29. 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

- 30. 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 og snus

### 31. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig brugt dem	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har brugt det tidligere	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet det (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig brugt det	<input type="checkbox"/>

## Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 43 side 11

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

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

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

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

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

Ja  Nej

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

Ja  Nej

38. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag      2 dage      3 dage      4 dage      5 dage      6 dage      7 dage

39. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja  Nej

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

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

Antal genstande

	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkohol-sodavand	
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>1 genstand =</b> 1 almindelig øl 1 glas rød-/hvidvin 1 glas hedvin 1 drink/cocktail 1 snaps/shot 1 alkoholsodavand 1 alkoholcider
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 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande 1 flaske hedvin = 10 genstande 1 flaske spiritus = 20 genstande



# Tatoveringer

## → 45. Har du en tatovering?

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål 51 side 13

## 46. Hvilke farver er du tatoveret med?

(Sæt ét eller flere X)

Rød     Grøn     Lyserød     Sort     Grå  
 Gul     Orange     Blå     Lilla     Andre farver

## 47. 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



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

år

## 49. 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 51 side 13

Ja, i mindre grad

Ja, i høj grad

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

Ja     Nej

## Selvskade

- **51.** 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 **54** side 14

- 52.** 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

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

*(Kun ét X)*

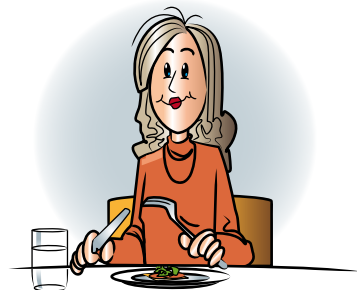
Ja, jeg vil gerne have hjælp

Nej, jeg ønsker ikke hjælp

Jeg modtager allerede hjælp

Ikke relevant (jeg er stoppet med at skade mig selv)

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



→ 54. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine eller plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)

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

57. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå 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"/>



**58. 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

**59. 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"/>

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

(Kun ét X)

Ja       Nej       Ved ikke

## Bevægelse i dagligdagen

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

**61. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?**

(Kun ét X)

Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)	<input type="checkbox"/>	<p><u>Moderat og hård fysisk aktivitet</u> kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.</p>
½ til 1½ time (30-89 minutter)	<input type="checkbox"/>	
1½ til 2½ time (90-149 minutter)	<input type="checkbox"/>	
2½ til 5 timer (150-299 minutter)	<input type="checkbox"/>	
5 timer eller mere (300 minutter eller mere)	<input type="checkbox"/>	

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

(Kun ét X)

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

**63. 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"/>

**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"/>

**66. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?**

(Kun ét X)

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

## Højde og vægt

67. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde  cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt  kg



69. 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"/>

70. 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 72 side 19
Ved ikke	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 72 side 19

71. Hvor meget vil du gerne tabe dig?

Skriv antal  kg

## Uønskede seksuelle hændelser

- 72. Du har måske oplevet, at folk har en adfærd over for dig, som du betragter som stødende og uønsket. Har du inden for de seneste to år været udsat for en eller flere af følgende uønskede seksuelle hændelser:

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, én gang	Ja, flere gange
At nogen stirrede på dig eller lavede kropsbevægelser med seksuelle undertoner på en måde, som du fandt stødende og uønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen sendte dig beskeder eller billeder med seksuelt indhold, som du fandt stødende og uønsket (f.eks. via e-mail, sms eller sociale medier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen kom med seksuelle kommentarer om din krop og dit udseende på en måde, som du fandt stødende og uønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen gav dig seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som du fandt stødende og uønskede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen rørte, kyssede eller omfavnede dig på en måde, som du fandt stødende og uønsket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen ved brug af trusler eller vold <u>forsøgte at tvinge</u> dig til at indgå i seksuelle aktiviteter mod din vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nogen <u>tvang</u> dig til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Din opvækst

### 73. Før du fyldte 18 år, i hvor høj grad oplevede du ...

(Sæt ét X i hver linje)

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
at din opvækst var præget af tryghed, nærhed og omsorg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at der var nogen til at beskytte dig og tage sig af dig, når du havde behov for det (f.eks. tage dig til lægen og sørge for, at du fik nok at spise)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget ofte	Ofte	Nogle gange	En enkelt eller to gange	Aldrig
at din mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dig for <u>fysisk vold</u> (f.eks. at du blev skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at din mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dig for <u>psykisk vold</u> (f.eks. at du gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at din mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for <u>fysisk vold i hjemmet</u> (f.eks. blev skubbet, revet, rusket, sparket eller kastet ind i noget)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at din mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for <u>psykisk vold i hjemmet</u> (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 74. Før du fyldte 18 år, oplevede du ...

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
at en voksen udsatte dig for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem havde et alkoholproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem var stofmisbruger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem havde en psykisk sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem forsøgte at begå selvmord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at dine forældre blev skilt eller gik fra hinanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at én eller begge dine forældre sad i fængsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at én eller begge dine forældre døde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Sex

77. Har du nogensinde haft samleje?

- Ja
- Nej  → Gå til spørgsmål 80



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

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

Skriv alder  år

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

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

Skriv antal  personer

→ 80. 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"/> |

## Kontakt med sundhedsvæsenet

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

- Ja
- Nej  → Gå til spørgsmål 83 side 23



82. 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"/>



## Kontakt med andre mennesker

- **83. Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?**  
Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)

	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"/>
Ægtefælle/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger, skole- eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller andre personer i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekendte i foreninger, klubber osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bekendte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

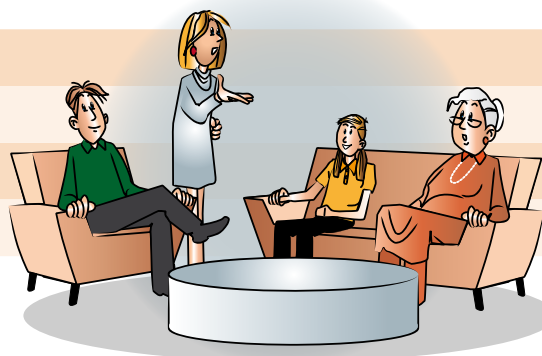
(Kun ét X)

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

- 85. 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"/>



**86. 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"/>

**87. 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: \_\_\_\_\_

**88. Hvor ofte deltager du i foreningsliv eller frivilligt arbejde, sammen med andre?**

F.eks. 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"/>
Én til tre gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>



## Personlige forhold

89. Hvad er dit køn?

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

90. Hvornår er du født?

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

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

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

92. Har du en kæreste eller en ægtefælle?

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

93. 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"/>

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

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

95. 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 97 side 26
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 97 side 26
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 97 side 26
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 97 side 26
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 97 side 26

## 96. 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"/> Forberedende grunduddannelse (FGU)	<input type="checkbox"/> Andet

Hvis andet, skriv hvad:

---



---

## → 97. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej <input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 99 side 27	
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, økonoma, 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"/>

## 98. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad:

---



---



---



→ **99. Er du under uddannelse?**

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål **101**

**100. Hvilken uddannelse er du i gang med?**

Skriv hvilken: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ **101. Hvordan vil du beskrive det område, du bor i?**

(Kun ét X)

By (1.000 indbyggere eller flere)

Landsby (under 1.000 indbyggere)

Landområde

## Arbejde

**102. Er du i arbejde?**

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål **106** side 28

**103. Hvad er din nuværende stilling?**

(Kun ét X)

Selvstændig

Medhjælpende ægtefælle

Faglært

Ufaglært

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

Lærling, elev

Anden beskæftigelse

**104. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**105. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?**

Antal timer om ugen (*hvis ingen skriv 0*)

→ **106. Har du inden for de seneste 3 måneder modtaget én eller flere af følgende sociale ydelser?** (Sæt gerne flere kryds hvis du har modtaget flere forskellige ydelser)

Førtidspension, ressourceforløb eller skånejob	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshedsdagpenge	<input type="checkbox"/>
Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>
Kontanthjælp, integrationsydelse eller uddannelseshjælp (ikke SU)	<input type="checkbox"/>
Flexjob, ledighedsydelse eller revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>
SU	<input type="checkbox"/>
Sæt X her hvis ingen af ovenstående	<input type="checkbox"/>

**107. Ejer du selv eller andre i din husstand den bolig, du bor i?**

Ja  Nej

**108. Hvor stor var din årlige indkomst i 2020 før skat og andre fradrag?**

Ved indkomst menes f.eks. løn og/eller sociale ydelser som SU, pension, dagpenge og kontanthjælp.

(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"/>
250.000-399.000 kr.	<input type="checkbox"/>
400.000-599.000 kr.	<input type="checkbox"/>
600.000 kr. eller derover	<input type="checkbox"/>

Hvis du er i tvivl om beløbet på din årlige indkomst før skat, kan du bruge denne tabel som vejledning. Her angives det, hvad en gennemsnitlig månedlig indkomst svarer til i årlig indkomst.

Gennemsnitlig månedlig indkomst før skat	Årlig indkomst før skat
0-8.300 kr.	= 0-99.000 kr.
8.400-12.400 kr.	= 100.000-149.000 kr.
12.500-20.700 kr.	= 150.000-249.000 kr.
20.800-33.200 kr.	= 250.000-399.000 kr.
33.300-49.900 kr.	= 400.000-599.000 kr.
50.000 kr. eller derover	= 600.000 kr. eller derover

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 svarkuerten. Portoen er betalt.

**Du kan også svare på  
[www.svar2021.dk](http://www.svar2021.dk)**

