

Hvordan har du det?

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

2013



Spring turen til postkassen over.

Udfyld spørgeskemaet på internettet på www.HvordanHarDuDet.dk

Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge danskernes sundhed og sygelighed. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden. Undersøgelsen er landsdækkende og laves samtidigt i alle landets kommuner. Det er naturligvis frivilligt at deltage.

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

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

Nummeret på forsiden er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om tre pengepræmier på henholdsvis 5.000 kr., 3.000 kr. og 1.000 kr. Svarer du på spørgeskemaet inden d. 11. februar 2013 er du desuden med i lodtrækningen om 2.000 kr. Vinderne får direkte besked pr. brev.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe til Statens Institut for Folkesundhed på telefonnummer **65 50 77 82** eller sende en e-mail til sif@si-folkesundhed.dk. Du kan få mere at vide om Statens Institut for Folkesundhed på vores hjemmeside www.si-folkesundhed.dk.

Sådan udfylder du skemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **tynd filtpen**.

Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke som vist i nedenstående eksempler.

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

Køn og alder

1. Er du:

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

2. Hvornår er du født?

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

Helbred og trivsel

3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

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

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

(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"/>

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

(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"/>

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

(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"/>

+

+

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

(Kun ét X)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

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

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

(Kun ét X)

Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

10. Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?

(Sæt ét X i hver linje)

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

+

+

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

(Kun ét X)

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

Dagligdagens stress

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)

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

Søvn

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

(Kun ét X)

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

14. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Gerne flere X)

Arbejdsrelaterede opgaver eller problemer	<input type="checkbox"/>
Familiemæssige eller personlige problemer	<input type="checkbox"/>
Natarbejde eller skiftende arbejdstider med natarbejde	<input type="checkbox"/>
Egen sygdom	<input type="checkbox"/>
Børn	<input type="checkbox"/>
Støj fra andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)	<input type="checkbox"/>
Støjgener fra f.eks. gadetrafik, tog, fly, naboer m.m.	<input type="checkbox"/>
Toiletbesøg	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: _____

Musik

15. Blev der sunget/spillet i dit barndomshjem?

(Kun ét X)

Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Oft	Meget ofte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hvor ofte går du til live-koncerter (f.eks. rock-koncert, festivals, symfonikoncert, opera, jazzklub)?

(Kun ét X)

Aldrig/sjældent	<input type="checkbox"/>	1-3 gange om året	<input type="checkbox"/>	Mere end 3 gange om året	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. Hvor mange timer bruger du normalt om dagen på at spille/syng selv?

(Hvis du normalt ikke spiller/synger selv skriv 0)

Skriv antal hele timer

18. Har du nogensinde sunget frivilligt i kor eller spillet i band/ensemble/orkester?

(Kun ét X)

Ja, synger/spiller nu	<input type="checkbox"/>	
Ja, tidligere	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 21

19. Hvor mange år har du sunget frivilligt i kor eller spillet i band/ensemble/orkester?

(Kun ét X)

Mindre end ét år	<input type="checkbox"/>	1-5 år	<input type="checkbox"/>	6 år eller mere	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------------	--------------------------

+

+

20. Har du sunget/spillet som professionel musiker?

(Med professionel menes mod løn/betaling)

Ja

Nej

21. Bruger du musik i hverdagen til et eller flere af følgende formål?*(Gerne flere X)*

Slappe af	<input type="checkbox"/>
Få mere energi, f.eks. til forbedret motionsydelse	<input type="checkbox"/>
Komme i en bestemt stemning eller ændre stemning	<input type="checkbox"/>
Udtrykke eller udforske følelser	<input type="checkbox"/>
Blive klogere på dig selv som menneske	<input type="checkbox"/>
Som et middel til koncentration	<input type="checkbox"/>
Bruger ikke musik til noget særligt i hverdagen	<input type="checkbox"/>

22. Tror du musikaktiviteter og musikoplevelser kan bidrage til at bevare et godt helbred?*(Kun ét X)*

Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i nogen grad	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

23. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?*(Sæt ét X i hver linje)*

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

+

+

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25

24.1 Hvis ja, hvilke sygdomme, handicap eller lidelser har du?

Skriv hvilken sygdom:	
Skriv hvilken sygdom:	
Skriv hvilken sygdom:	
Skriv hvilken sygdom:	

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

(Kun ét X)

alvorligt begrænset	<input type="checkbox"/>
noget begrænset	<input type="checkbox"/>
slet ikke begrænset	<input type="checkbox"/>

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

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

26.1 Hvis ja, hvor er dine smerter lokaliseret?

(Gerne flere X)

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

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

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

28. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?

(Sygefravær pga. børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage, hvis ingen sygefraværskrav skriv 0)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 29
Inden for de seneste 14 dage Skriv antal sygefraværskrav hvis 'ved ikke' skriv 99			<input type="text"/>
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) Skriv antal sygefraværskrav hvis 'ved ikke' skriv 999			<input type="text"/>

Medicin

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

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

Hvis anden medicin, skriv hvilken: _____

Ulykker

30. Har du inden for det seneste år været udsat for ulykker eller uheld uden for arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre de daglige gøremål (f.eks. forstuvet en ankel, blevet forbrændt, været udsat for en kemisk forgiftning o.lign.)? Hvis ja, er disse af en mere varig karakter? Med varig menes, at de har varet eller forventes at ville vare 6 måneder eller mere.

	(Sæt ét X i hver linje)		→	(Sæt ét X i hver linje)		
	Nej	Ja		Hvis ja, er disse af en mere varig karakter?		
	Nej	Ja		Ja	Nej	Ved ikke
Trafikulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmeulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulykke ved idræt, sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden form for fritidsulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sundhedsvaner

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

(Kun ét X)

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

Rygning

32. Ryger du?

(Kun ét X)

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

33. 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"/>

34. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 36
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"/>	

35. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

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

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1 – 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
½ – 1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Mindre end ½ time om dagen	<input type="checkbox"/>
0 timer	<input type="checkbox"/>

Stoffer

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

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

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

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

Solvaner

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

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

Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 49

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

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

41. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

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

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

43. 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	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

44. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag	2 dage	3 dage	4 dage	5 dage	6 dage	7 dage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

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

46. 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

47. 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"/>

48. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

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

Kost

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

49. 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"/>

+

+

50. 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"/>

51. 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"/>

52. 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"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindrukerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsolie, madolie, salatolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her				<input type="checkbox"/>	

+

+

+

+

54. Hvor ofte drikker eller spiser du nedenstående?

(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	1-3 gange om måned	Sjældnere /aldrig
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>med</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>uden</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kager, chokolade, is, slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. 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"/>

56. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)

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

57. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

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

Fysisk aktivitet og motion

58. 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"/>

+

+

59. Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)

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

60. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

61. Det følgende spørgsmål handler om den tid, du sidder ned på en typisk hverdag. Det er f.eks. den tid du tilbringer ved et skrivebord, sammen med familie eller venner, i bil/bus/tog, når du læser eller sidder/ligger og ser TV. Medregn både arbejdstid, transporttid og fritid.

Hvor lang tid bruger du på at sidde ned på en typisk hverdag?

Timer pr. dag <input type="text"/>	Minutter pr. dag <input type="text"/>	Ved ikke/ikke sikker <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------

Højde og vægt

62. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde <input type="text"/>	cm (f.eks. 172 cm)
----------------------------------	--------------------

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

Skriv vægt <input type="text"/>	kg
---------------------------------	----

64. 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"/>

+

+

65. Vil du gerne tabe dig?*(Kun ét X)*

Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i nogen grad	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Tænder og tandpleje

66. Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage?

(Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svarkategorien "alle tænder tilbage" bruges således selv om en eller flere visdomstænder er fjernet).

(Kun ét X)

Ingen tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
1-9 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
10-19 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
20 eller flere tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
Alle tænder tilbage	<input type="checkbox"/>

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

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

Kontakt med sundhedsvæsenet

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 70

+

+

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Nej	Kan ikke huske/ ved ikke
At holde op med at ryge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tabe dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage på i vægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At dyrke motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nedsætte dit alkoholforbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At ændre dine kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage den med ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Zoneterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healing og/eller clair voyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage, osteopati og andre manipulative terapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniosakral terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopati, naturopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 73

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

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

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

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

Kontakt med andre mennesker

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

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

- 75. 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"/>

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

(Kun ét X)

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

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

(Kun ét X)

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

Boligforhold

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

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Lugt af mug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra trafikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra brændeovne i kvarteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt af tobaksrøg fra nabo/tilstødende boliger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugt fra andre kendte kilder (f.eks. affald, afløb, gylle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlige forhold

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

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

80. Bor du alene eller sammen med andre?

	(Sæt ét eller flere X)
Jeg bor alene	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med min ægtefælle eller samlever	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med forældre	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn <u>under</u> 16 år	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med ung/unge (16-20 år)	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre voksne <u>over</u> 20 år	<input type="checkbox"/>

81. 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 83
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 83
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 83
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 83
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 83

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

(Kun ét X)

9. klasse	<input type="checkbox"/>
10. klasse	<input type="checkbox"/>
STX	<input type="checkbox"/>
HTX	<input type="checkbox"/>
HHX	<input type="checkbox"/>
Handelsskolens Grunduddannelse	<input type="checkbox"/>
EUD (teknisk skole)	<input type="checkbox"/>
HF	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, skriv hvad: _____

83. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

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

84. Er du under uddannelse?

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

85. Er du i arbejde?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 90

Arbejdsforhold

86. Er du i dit arbejde ofte udsat for nogle af følgende forhold?

(Med ofte menes mere end to dage om ugen)

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

87. Hvor ofte...

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

88. Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?

	(Kun ét X)
Altid	<input type="checkbox"/>
Ofte	<input type="checkbox"/>
Sommetider	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig, næsten aldrig	<input type="checkbox"/>
Ikke relevant	<input type="checkbox"/>

89. Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse?

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

Spillevaner

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

90. Hvor ofte har du spillet nedenstående spil om penge inden for det sidste år? (Alle spillesteder skal tages i betragtning, f.eks. internettet, kasinoer og pokerspil om penge i et privat hjem)

(Sæt ét X i hver linje)	Hver dag eller næsten hver dag	3-5 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måneden	Sjældnere	Aldrig
Kortspil (poker, blackjack o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotto, Keno, skrabelodder o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tips, Oddset o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spilleautomater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo-/bankospil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet (f.eks. hestevæddeløb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Hvor mange penge bruger du normalt på en måned på spil?

Skriv beløb	<input type="text"/>	kr
-------------	----------------------	----

92. Har du nogensinde:

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

Har der nogensinde:

(Kun ét X)	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Været perioder på 2 uger eller mere, hvor du har brugt meget tid på at overveje dine spilleerfaringer eller på at planlægge fremtidige spil eller væddemål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexliv

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

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

(Kun ét X)

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

94. Er din seksuelle orientering overvejende rettet mod:

(Kun ét X)

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

95. Hvor tilfreds har du været med dit sexliv i det seneste år?

(Kun ét X)

Særdeles tilfreds	<input type="checkbox"/>
Tilfreds	<input type="checkbox"/>
Hverken tilfreds eller utilfreds	<input type="checkbox"/>
Utilfreds	<input type="checkbox"/>
Særdeles utilfreds	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

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

Det næste spørgsmål handler om mandlig omskæring. Hvis du er kvinde forsæt venligst med spørgsmål 98.

97. Er du omskåret? (besvares kun af mænd)

(Kun ét X)

Nej, jeg er ikke omskåret	Ja, jeg blev omskåret i de første leveuger	Ja, jeg blev omskåret senere i barndommen	Ja, jeg blev omskåret, efter jeg blev 18 år	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. Har du haft seksuelt samvær med et andet menneske i det seneste år?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 101

Spørgsmål 99 er kun til mænd. Hvis du er kvinde forsæt venligst med spørgsmål 100.

99. Hvor ofte har du oplevet nedenstående situationer ved seksuelt samvær? Svar også på om du synes, at det har været et problem for dig.

	<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>					<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	
	Har du oplevet dette inden for <u>det seneste år</u>?					Har du oplevet det som et problem?	
	Slet ikke	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Hver gang/ Hele tiden	Ja	Nej
Min rejsning har ikke været kraftig nok til at gennemføre samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har haft for tidlig sædafgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke – eller med stort besvær – opnået udløsning (orgasme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har haft smerter i kønsorganerne ved samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 100 er kun til kvinder. Hvis du er mand forsæt venligst med spørgsmål 101.

100. Hvor ofte har du oplevet nedenstående situationer ved seksuelt samvær? Svar også på om du synes, at det har været et problem for dig.

	<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>					<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	
	Har du oplevet dette inden for <u>det seneste år</u>?					Har du oplevet det som et problem?	
	Slet ikke	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Hver gang/ Hele tiden	Ja	Nej
Jeg er ikke blevet tilstrækkelig fugtig i skeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke – eller med stort besvær – opnået udløsning (orgasme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har haft skedekrampe, som forhindrer indtrængning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har haft smerter i kønsorganerne ved samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

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

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

+

+

