

Hvordan har det?

Vi undersøger, hvordan det går med sundhedstilstanden blandt unge og voksne i Region Syddanmark i 2025.

Hjælp os med at blive klogere på dit helbred!
Udfyld venligst spørgeskemaet og brug vedlagte svarkuvert.

**DIT SVAR ER
VIGTIGT!**

Du er også meget velkommen til at udfylde skemaet på internettet på www.svar2025.dk
Så undgår du at skulle sende det med posten.



+

+

+

+

Vi vil gerne høre om dit helbred!

Formålet med undersøgelsen er at følge, hvordan det går med borgernes trivsel, sundhed og sygdom i Region Syddanmark. Dine svar hjælper os med at få indblik i sundhedstilstanden og behovet for indsatser i din kommune, din region og i hele landet.

Undersøgelsen er landsdækkende og gennemføres lige nu i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, som laver en samlet beskrivelse af befolkningens sundhed i Danmark. Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen.

Du kan undgå at skulle sende spørgeskemaet med posten og udfylde det på internettet ved at gå ind på www.svar2025.dk. Du finder dit brugernavn og adgangskode i det brev, som er vedlagt spørgeskemaet.

Dit svar er vigtigt! Som tak for hjælpen trækker vi lod om pengepræmier blandt besvarelsene i Region Syddanmark. Du har mulighed for at vinde op til 15.000 kr.

Vi udlodder følgende pengepræmier: 15.000 kr. (1 stk.), 5.000 kr. (3 stk.) og 1.000 kr. (10 stk.)
Alle præmier er skattefrie.

Vinderne får direkte besked, efter undersøgelsen afsluttes i maj måned.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen kan fås i det vedlagte brev og ved at kontakte teamet bag undersøgelsen i Region Syddanmark på e-mail sundhedsprofil@rsyd.dk eller telefonnummer **7663 1520**.

Sådan udfylder du skemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen**. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at læse og tolke som vist i nedenstående eksempler.

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

Køn og alder

1. Hvad er dit køn?		
Mand	Kvinde	Andet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvornår er du født?		
Dag	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 <u>på grund af dit helbred</u> 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 <u>de sidste 4 uger</u> har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter <u>på grund af dit fysiske helbred</u> ?					
(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>naået 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. Nedenfor er der en række udsagn om følelser og tanker. Kryds den boks af, der bedst svarer til, hvor ofte du har haft det sådan i løbet af de sidste 2 uger:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	På intet tidspunkt	Sjældent	Noget af tiden	Ofte	Hele tiden
Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt mig nyttig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt mig afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har klaret problemer godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tænkt klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt mig tæt på andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmålet er udviklet af: Warwick Universitet i Edinburgh, 2006

11. Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?

(Kun ét X)

Meget dårlig	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Hverken god eller dårlig	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Særdeles god	<input type="checkbox"/>

12. Hvor stor en del af tiden inden for de seneste 4 uger har du:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Haft problemer med at acceptere din krops udseende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oplevet at være utilfreds med dig selv?	<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 andre 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 du har til dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

Symptomer og ubehag

14. 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"/>

15. Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Slet ikke	Flere dage	Mere end halvdelen af dagene	Næsten hver dag
Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 16 er kun til personer på 55 år eller derover. Andre bedes gå til spørgsmål 17.

16. 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"/>

17. Har du vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, der har været i 3 måneder eller mere?

Med hyppigt tilbagevendende menes mindst 15 dage per måned.

(Kun ét X)

- Ja
- Nej → Gå til spørgsmål 19

18. Hvor stærke har dine smerter i gennemsnit været de seneste 14 dage på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerter, og 10 er værst tænkelige smerter?

(Kun ét X)

Ingen smerter										Værst tænkelige smerter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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.

	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
(Sæt mindst ét X i hver linje)					
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"/>
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"/>
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"/>

Rygning

21. Ryger du (gælder ikke e-cigaretter/vapes)?

(Kun ét X)

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| Ja, hver dag | <input type="checkbox"/> | |
| Ja, mindst én gang om ugen | <input type="checkbox"/> → | Gå til spørgsmål 23 |
| Ja, sjældnere end hver uge | <input type="checkbox"/> → | Gå til spørgsmål 23 |
| Nej, jeg er holdt op | <input type="checkbox"/> → | Gå til spørgsmål 25 |
| Nej, jeg har aldrig røget | <input type="checkbox"/> → | Gå til spørgsmål 27 |

22. 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"/> |

23. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

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

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

- Ja Nej

25. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

Skriv alder år

Spørgsmål 26 er kun til personer, der er holdt op med at ryge. Andre bedes gå til spørgsmål 27.

26. Hvornår holdt du op med at ryge?

Skriv årstal

E-cigaretter/vapes og andre nikotinprodukter

27. Bruger du e-cigaretter/vapes?

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, mindst én gang om ugen

Ja, sjældnere end hver uge

Nej, men jeg har brugt dem tidligere



Gå til spørgsmål 29

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



Gå til spørgsmål 29

Nej, jeg har aldrig brugt dem



Gå til spørgsmål 29

28. Vil du gerne holde op med at bruge e-cigaretter/vapes?

(Kun ét X)

Nej, jeg ønsker ikke at stoppe

Nej, jeg overvejer det ikke i øjeblikket

Ja, jeg overvejer det, men har ingen faste planer endnu

Ja, jeg planlægger at stoppe, og jeg har en plan for hvornår

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

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, mindst én gang om ugen

Ja, sjældnere end hver uge

Nej, men jeg har brugt det tidligere



Gå til spørgsmål 31

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



Gå til spørgsmål 31

Nej, jeg har aldrig brugt det



Gå til spørgsmål 31

30. Vil du gerne holde op med at bruge snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?

(Kun ét X)

Nej, jeg ønsker ikke at stoppe

Nej, jeg overvejer det ikke i øjeblikket

Ja, jeg overvejer det, men har ingen faste planer endnu

Ja, jeg planlægger at stoppe, og jeg har en plan for hvornår

Stoffer

31. Har du røget eller taget ét eller flere af følgende stoffer inden for de seneste 12 måneder?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej, slet ikke	Ja, 1-2 gange	Ja, 3-5 gange	Ja, 6-9 gange	Ja, 10-19 gange	Ja, mindst 20 gange
<u>Cannabis</u> : f.eks. hash, pot, skunk eller lignende (medtag ikke medicinsk cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Opioider</u> : f.eks. tramadol, oxycodon eller fentanyl <u>uden</u> recept eller en læges godkendelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andre stoffer</u> : f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy/MDMA eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

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

- Ja
- Nej → Gå til spørgsmål 43

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

- Ja
- Nej

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

- Ja
- Nej

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

- Ja
- Nej

36. 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

37. 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"/>

38. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?Ja Nej **39. 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

40. 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"/>

41. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?*(Kun ét X)*Ja Nej Ved ikke

42. Vil du vurdere, at dit alkoholforbrug er skadeligt for dit helbred?*(Kun ét X)*

Ja, meget	Ja, lidt	Nej	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kost

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

43. 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"/>

44. 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 mayonnaise-salater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. 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"/>

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

47. 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 vindruekerneolie	<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"/>					

48. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

(Kun ét X)

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

49. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke

50. Hvor ofte drikker du nedenstående?

(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>	1-3 gange om <u>måned</u>	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"/>
Energidrik (f.eks. Red Bull, Cult m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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).

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

(Kun ét X)

- | | |
|--|--------------------------|
| Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.

52. 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"/> |
| 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"/> |

Hård fysisk aktivitet kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil.

53. 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"/> |

54. Dyrker du nogen former for idrætsaktiviteter enten i forening eller på egen hånd på nuværende tidspunkt af året (f.eks. løb, boldspil, fitness, gymnastik, powerwalking, dans, yoga eller lignende)? Medtag ikke cykling som transport eller almindelig gåtur.

(Kun ét X)

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, 6-7 gange om ugen | <input type="checkbox"/> |
| Ja, 3-5 gange om ugen | <input type="checkbox"/> |
| Ja, 1-2 gange om ugen | <input type="checkbox"/> |
| Ja, 1-3 gange om måneden eller sjældnere | <input type="checkbox"/> |
| Nej, slet ikke | <input type="checkbox"/> |

55. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

Spørgsmål 56 er kun til personer, der er i arbejde eller er under uddannelse.
Andre bedes gå til spørgsmål 57.

56. Hvordan vil du generelt beskrive din fysiske aktivitet i dit arbejde eller i din uddannelse?

(Kun ét X)

Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse

Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse

Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde

Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende

Søvn

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

Medtag middagslur.

timer og

minutter

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gang 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"/>

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

(Kun ét X)

Ja, som regel



Gå til spørgsmål 61

Ja, men ikke tit nok

Nej, aldrig (næsten aldrig)

60. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?*(Gerne flere X)*

Kommer for sent i seng på grund af opgaver relateret til arbejde eller uddannelse, (f.eks. besvare mails eller forberedelse til næste dag)	<input type="checkbox"/>
Kommer for sent i seng på grund af huslige gøremål (f.eks. ordne vasketøj eller rydde op)	<input type="checkbox"/>
Kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	<input type="checkbox"/>
På grund af natarbejde eller skiftende arbejdstider	<input type="checkbox"/>
Tanker og bekymringer relateret til arbejde	<input type="checkbox"/>
Tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	<input type="checkbox"/>
Tanker og bekymringer relateret til "verdenssituationen" (f.eks. krig, klima eller verdensøkonomi)	<input type="checkbox"/>
Forstyrrelse fra eller brug af mobiltelefon efter at du har lagt dig til at sove (f.eks. til at tjekke nyheder eller beskeder)	<input type="checkbox"/>
Fysiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (f.eks. smerter, kropslig uro m.m.)	<input type="checkbox"/>
Psykiske symptomer som følge af egen sygdom eller lidelse (f.eks. nedtrykthed, angst, tankemylder m.m.)	<input type="checkbox"/>
Toiletbesøg	<input type="checkbox"/>
Forstyrrelser fra mindre børn i husstanden	<input type="checkbox"/>
Støj fra trafik, naboer eller andre i boligen (f.eks. snorken, fjernsyn m.m.)	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

Sociale medier

De næste spørgsmål handler om din brug af sociale medier via mobiltelefon, tablet, computer eller lignende.

61. Hvor ofte benytter du sociale medier (Facebook, X, LinkedIn, Instagram, Snapchat eller lignende)?*(Kun ét X)*

Flere gange dagligt	<input type="checkbox"/>	
Dagligt	<input type="checkbox"/>	
Ugentligt	<input type="checkbox"/>	
Månedligt eller sjældnere	<input type="checkbox"/>	
Aldrig	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 64

62. Tænk på en typisk hverdag, hvor du benytter sociale medier. Hvor stor en del af dagen bruger du samlet set herpå?*(Kun ét X)*

0-½ time	½-1 time	1-2 timer	2-3 timer	Mere end 3 timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herunder finder du nogle spørgsmål om dit forhold til og brug af sociale medier (Facebook, X, LinkedIn, Instagram, Snapchat eller lignende). Vælg for hvert spørgsmål den svarmulighed som bedst beskriver dig.

63. Hvor ofte i løbet af de seneste 12 måneder har du...					
(Sæt ét X i hver linje)	Meget sjældent	Sjældent	Sommetider	Ofte	Meget ofte
Brugt meget tid på at tænke på de sociale medier eller på at planlægge, hvornår du kan bruge de sociale medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt et behov for at bruge de sociale medier mere og mere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugt de sociale medier for at glemme personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forsøgt at skære ned på dit forbrug af de sociale medier, uden at det er lykkedes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blevet rastløs eller urolig, hvis du ikke har haft mulighed for at bruge de sociale medier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugt de sociale medier så meget, at det har haft en negativ indflydelse på dit arbejde/studie?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hvis du ikke er i arbejde eller under uddannelse, svar da med udgangspunkt i dine daglige opgaver og aktiviteter.

Højde og vægt

64. Hvor høj er du (uden sko)?	
Skriv højde	<input type="text"/> cm (f.eks. 172 cm)

65. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?	
Skriv vægt	<input type="text"/> kg

66. 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"/>

67. Vil du gerne tabe dig?			
(Kun ét X)			
Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontakt med sundhedsvæsenet

68. Har du haft en konsultation vedrørende dit helbred med dit lægehus/din lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder? En konsultation kan være fysisk, på video, telefon eller skriftlig.

Ja

Nej

 →

Gå til spørgsmål 70

69. Har lægen eller andet sundhedsfagligt personale i dit lægehus/din lægepraksis 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

At tabe dig

At tage på i vægt

At dyrke motion

At nedsætte dit alkoholforbrug

At ændre dine kostvaner

At tage den med ro

70. Har du i løbet af de seneste 12 måneder gjort brug af nogen af følgende?

(Gerne flere X)

Ja, tandlæge

Ja, fysioterapeut

Ja, kiropraktor

Ja, psykolog

Ja, psykiater

Ja, psykoterapeut eller coach

Nej, ingen af ovenstående

71. Har du inden for de seneste 12 måneder oplevet, at du havde brug for én eller flere af følgende sundhedsydelser, men ikke benyttede dem, fordi du ikke havde råd til det?

Har ikke haft brug for
sådanne
sundhedsydelser

(Sæt ét X i hver linje)

Ja

Nej

Tandlæge

Fysioterapeut eller kiropraktor

Psykolog

Psykoterapeut eller coach

Receptmedicin

Kontakt med andre mennesker

72. 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"/>

73. 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, nogen gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

74. 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"/>

75. Har du inden for det seneste år været med i nogen foreninger, organisationer eller grupper, hvor du har mødt med andre om en fælles fritidsinteresse eller ydet en frivillig indsats?

F.eks. en idrætsforening, kunstklub, løbegruppe, strikkeklub, politisk gruppe eller hjælpeorganisation.

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 77

76. Hvis du ser på det seneste år, hvor ofte vil du så sige, at du typisk er mødt op til aktiviteter i de foreninger, organisationer eller grupper, som du er med i?

(Kun ét X)

Mere end én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Hver 2.-3. måned	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>

77. Angiv i hvilken grad du er enig i følgende udsagn. Tag udgangspunkt i, hvordan du har haft det på det seneste.

(Sæt ét X i hver linje)	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
Der er altid nogen i min familie eller omgangskreds, som jeg kan dele mine dagligdagsproblemer med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg savner at have en rigtig god ven eller veninde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg oplever en tomhed omkring mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er nok mennesker, som jeg kan støtte mig til i tilfælde af problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg savner hyggeligt samvær med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, at min kreds af venner og bekendte er for lille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mange mennesker, som jeg kan stole fuldstændigt på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er nok mennesker, som jeg føler mig tæt på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg savner at have mennesker omkring mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig ofte svigtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan altid regne med mine venner, når jeg har brug for det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Økonomi

78. Hvordan vil du alt i alt bedømme din/familiens økonomiske situation?

(Kun ét X)

Særdeles god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Din opfattelse af dig selv

79. Herunder ses en liste med 10 udsagn, som handler om, hvordan du har det med dig selv. For hvert udsagn bedes du angive, om du er: helt enig, delvist enig, delvist uenig eller helt uenig.

(Sæt ét X i hver linje)	Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig
Jeg er stort set tilfreds med mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle gange synes jeg, at jeg slet ikke er god nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, at jeg har flere gode egenskaber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er i stand til at gøre ting lige så godt som de fleste andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg ikke har meget at være stolt af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nogle gange føler jeg mig helt ubrugelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at jeg er værdifuld, i det mindste på samme niveau som andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville ønske, at jeg kunne have mere respekt for mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig mislykket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en positiv indstilling til mig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlige forhold

80. 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"/>

81. Hvad er den højeste uddannelse, du har fuldført?

Jeg går stadig i grundskole (f.eks. i folkeskole, privatskole, efterskole)	<input type="checkbox"/>
Grundskole (11 år eller færre f.eks. i folkeskole, privatskole, efterskole)	<input type="checkbox"/>
Studenter-, HF-eksamen (f.eks. HF, STX, HHX, HTX)	<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, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, 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, ph.d.)	<input type="checkbox"/>

82. Er du under uddannelse?

Ja

Nej

Arbejdsliv

83. Er du i arbejde?

Ja

Nej → [Gå til skemaets afslutning \(Punkt 87\)](#)

84. Hvor mange timer arbejder du typisk om ugen (inklusive overarbejde)?

Skriv antal timer og minutter om ugen timer minutter

85. 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 på grund af børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen sygefraværsdage, skriv 0.

Skriv antal sygefraværsdage **inden for de seneste 14 dage** (hvis 'ved ikke' skriv 99)

Skriv antal sygefraværsdage **inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage)** (hvis 'ved ikke' skriv 999)

86. Hvor tilfreds er du med dit arbejde som helhed, alt taget i betragtning?

(Kun ét X)

Meget tilfreds

Tilfreds

Hverken tilfreds eller utilfreds

Mindre tilfreds

Slet ikke tilfreds

87. **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.

Dit svar er vigtigt! Det hjælper os med at få viden om, hvordan det går med borgernes helbred i Region Syddanmark.

Tak for hjælpen!

Returnér venligst dit udfyldte skema i svarkuerten der, hvor du normalt sender breve. Porto er betalt.

**Hvordan
har  du det?**


Region Syddanmark