

Sundhedsprofilundersøgelsen 2025

Dette notat giver et overblik over nye spørgsmål i Sundhedsprofilundersøgelsen 2025. Undersøgelsen indeholder både nationale spørgsmål, der er fælles på tværs af alle regioner og Sundhedsstyrelsen, og regionale spørgsmål som er specifikke for Region Syddanmark. Overblikket er derfor opdelt i nationale spørgsmål og syddanske spørgsmål.

Spørgsmål som er blevet justeret siden den seneste sundhedsprofilundersøgelse i 2021 og spørgsmål, der udgår i 2025-undersøgelsen, er også indeholdt i dette notat. Her er der ligeledes opdelt i nationale- og syddanske spørgsmål.

Nye spørgsmål

Overblik

Nationale spørgsmål:

- SWEMWBS (mentalt helbred)
- Søvnlængde

Regionale spørgsmål

- Søvnkvalitet
- Ønske om at stoppe brug af e-cigaretter
- Ønske om at stoppe brug af snus og lignende produkter
- Fysisk helbred målrettet 55+-årige
- Bergen Social Media Scale (afhængighed)
- De Jong Giervald Lonliness Scale (social- og følelsesmæssig ensomhed)
- Manglende kontakt med udvalgte sundhedsaktører grundet økonomi
- Arbejdstilfredshed
- Indtag af energidrik og andre sukkerholdige drikke

Nye nationale spørgsmål

SWEMWBS (mentalt helbred)

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:

(Sæt ét X i hver linje)	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"/>

+

+

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

(Medtag middagslur)

<input type="text"/>	timer og	<input type="text"/>	minutter
----------------------	----------	----------------------	----------

Nye syddanske spørgsmålSøvnkvalitet**De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har sovet de seneste 4 uger.**

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 gange eller flere om ugen
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ønske om at stoppe brug af e-cigaretter**Vil du gerne holde op med at bruge e-cigaretter/vapes?***(Kun ét X)*

Nej, jeg ønsker ikke at stoppe	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg overvejer det ikke i øjeblikket	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg overvejer det, men har ingen faste planer endnu	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger at stoppe, og jeg har en plan for hvornår	<input type="checkbox"/>

Ønske om at stoppe brug af snus og lignende produkter**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	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg overvejer det ikke i øjeblikket	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg overvejer det, men har ingen faste planer endnu	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg planlægger at stoppe, og jeg har en plan for hvornår	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

Fysisk helbred målrettet 55+-årige

Spørgsmålet stilles kun til personer på 55 år eller derover.

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"/>

Bergen Social Media Scale (afhængighed)

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.

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 dagligdagens gøremål.

+

+

De Jong Giervald Lonliness Scale (social- og følelsesmæssig ensomhed)

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

	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>					
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"/>

Manglende kontakt med udvalgte sundhedsaktører grundet økonomi

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?

	Ja	Nej	Har ikke haft brug for sådanne sundhedsydelser
<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>			
Tandlæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut eller kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykotераpeut eller coach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receptmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbejdstilfredshed

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

	<i>(Kun ét X)</i>
Meget tilfreds	<input type="checkbox"/>
Tilfreds	<input type="checkbox"/>
Hverken tilfreds eller utilfreds	<input type="checkbox"/>
Mindre tilfreds	<input type="checkbox"/>
Slet ikke tilfreds	<input type="checkbox"/>

+

+

Indtag af energidrik og andre sukkerholdige drikke**Hvor ofte drikker 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 måneden	Sjældnere/ aldrig
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med 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"/>

Justerede spørgsmål

Overblik:

Nationale spørgsmål:

- Søvn (nok søvn)
- Rygning (tilføjelse af "vapes")
- E-cigaretter (tilføjelse af "vapes")
- Sygdomsbatteri (angst og depression)
- Kontakt med egen læge
- Rådgivning fra egen læge
- Uddannelse

Regionale spørgsmål

- Søvn (årsager til for lidt søvn)
- Stoffer (tilføjelse af opioider)

Justerede nationale spørgsmål

Søvn (nok søvn)**I de seneste 4 uger: Har du fået søvn nok til at føle dig udhvilet?**

(Kun ét kryds)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 60
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>		
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>		

Rygning (tilføjelse af "vapes")**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

+

+

E-cigaretter (tilføjelse af "vapes")**Bruger du e-cigaretter/vapes?***(Kun ét X)*

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

Sygdomsbatteri (angst og depression)

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.

<i>(Sæt mindst ét X i hver linje)</i>	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 bronchitis, 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 ryg sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontakt med egen læge

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	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 69

Rådgivning egen læge

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	<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"/>

Uddannelse

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, økonom, tandplejer)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog, ph.d.)	<input type="checkbox"/>

Er du under uddannelse?

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

Justerede syddanske spørgsmål

Søvn (årsager til for lidt søvn)

1. 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, fjersyn m.m.)	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

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"/>

Spørgsmål der udgår i 2025

Overblik:

Nationale spørgsmål:

- Passiv rygning
- Uønsket alene

Regionale spørgsmål:

- Passiv rygning
- Medicinforbrug
- Aktiv transport
- Seksuel sundhed
- Sociale medier

Udgående nationale spørgsmål

Passiv rygning

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

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	<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"/>

Uønsket alene

69. 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"/>

Udgående syddanske spørgsmål

Passiv rygning

Bliver der røget indendørs i dit hjem?

Ja, dagligt eller næsten dagligt	Ja, ugentligt	Ja, men sjældnere end hver uge	Nej, aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicinformbrug

18. Har du inden for de seneste 14 dage taget receptpligtig medicin og/eller håndkøbsmedicin (inklusive naturlægemidler) for nedenstående gener?

(Sæt gerne flere X i hver linje)	Ja, recept- medicin	Ja, håndkøbsmedicin (inkl. naturlægemidler)	Nej, ingen af delene
Migræne eller hovedpine	<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"/>
Smerter eller ubehag i knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed eller depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (allergisk snue, høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktiv transport

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

(Kun ét X)

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

Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Medregn kun den ene vej. Afrund til nærmeste hele kilometer

Skriv antal kilometer:

km

Seksuel sundhed**85. I hvilken grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov?***(Kun ét X)*

I meget høj grad	<input type="checkbox"/>
I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I mindre grad	<input type="checkbox"/>
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Har ikke haft nogen seksuelle behov inden for det seneste år	<input type="checkbox"/>

86. Har du inden for det seneste år følt dig fysisk eller psykisk begrænset i dit sexliv som følge af langvarig sygdom, lidelse, eftervirkning af skade eller operation?*(Kun ét X)*

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

87. Har du inden for de seneste 2-3 år talt med en fagperson om enten fysiske eller psykiske begrænsninger i dit sexliv som følge af langvarig sygdom, lidelse, eftervirkning af skade eller operation?

Med fagperson menes f.eks. læge, psykolog, sexolog eller sygeplejerske.

(Kun ét X)

Ja, og jeg tog initiativ til samtalen/samtalerne	<input type="checkbox"/>
Ja, og fagpersonen tog initiativ til samtalen/samtalerne	<input type="checkbox"/>
Ja, og både fagpersonen og jeg har taget initiativ til samtalen/samtalerne	<input type="checkbox"/>
Nej, slet ikke	<input type="checkbox"/>

Sociale medier

58. Hvor ofte sker det, at dine venner eller bekendte deler en besked, et billede eller en statusopdatering på de sociale medier, som gør:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Meget ofte	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig
At du føler, at dine venner generelt har det bedre end dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig forkert eller udenfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver inspireret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du bliver irriteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig tæt knyttet til dine venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler ligegyldighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At du føler dig udstillet eller mobbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>