

# Hvordan har du det?

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

**2025**



**Du kan også  
svare online**

Udfyld spørgeskemaet på  
[www.svar2025.dk](http://www.svar2025.dk)

- se bagsiden

# Tak fordi du vil svare på spørgeskemaet

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

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

**Du kan også udfylde spørgeskemaet på [www.svar2025.dk](http://www.svar2025.dk)**

For at svare på online skal du bruge dit brugernavn og din adgangskode, som du finder på spørgeskemaets bagside. Vi anbefaler, at du anvender en computer eller tablet.

**Vi trækker lod om præmier** blandt alle, der svarer på spørgeskemaet.

**1 x 10.000 kr.**

**1 x 7.000 kr.**

**1 x 3.000 kr.**

Hvis du svarer inden for de første tre uger af undersøgelsen, deltager du samtidig i lodtrækningen om ét af **500 SuperGavekort** til en værdi af 400 kr. Du kan anvende gavekortet til mere end 150 butikskæder samt restaurant-besøg og hotelophold (se mere på [www.GoGift.com](http://www.GoGift.com)).

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

## Sådan udfylder du spørgeskemaet

Vi scanner dine svar på en computer, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke, som vist i nedenstående eksempler.

### Sæt tydelige X

Hvis et felt er **udfyldt forkert**, skraveres den pågældende kasse, og krydset sættes i den rigtige

### Tallene skrives i felterne

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

#### RIGTIGT!

Ja  Nej

Ja  Nej

0 2 år

1 4 år

#### FORKERT!

Ja  Nej

Ja  Nej

2 år

1 4 år



Tryksag  
5041 0004



# + Køn og alder

## 1. Hvad er dit køn?

Mand	<input type="checkbox"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>
Andet	<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 på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

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

## 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 nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. 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"/>

Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) © University of Warwick, 2006, all rights reserved

## Dagligdagens stress

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet 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"/>

## 12. Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du:

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som <u>andre har til dig?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at det er svært at leve op til de forventninger, som <u>du har til dig selv?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Symptomer og ubehag



### 13. 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

**14.** 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"/>

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

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

# Rygning



## 16. 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 18
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 18
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20 side 7
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 22 side 7

## 17. 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"/>

## → 18. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20 side 7
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"/>	

## 19. 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"/>

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

Skriv alder  år Hvis du er ryger → Gå til spørgsmål 22

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

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

Nej, jeg har aldrig røget hver dag

Ja, jeg har tidligere røget hver dag

## E-cigaretter/vapes og andre nikotinprodukter

- 22. 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

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

Nej, jeg har aldrig brugt dem

- 23. 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

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

Nej, jeg har aldrig brugt det

### 24. Har du nogensinde prøvet hash, opioider eller andre stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioider uden recept fra lægen (f.eks. tramadol, oxycodon, dolol, fentanyl, heroin, morfin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UDFYLDES HVIS DU HAR PRØVET HASH, OPIOIDER ELLER ANDRE STOFFER. ELLERS GÅ TIL SPØRGSMÅL 26.

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

(Sæt ét X i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	Mindst 20 gange
Røget hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtaget opioider uden recept fra lægen (f.eks. tramadol, oxycodon, dolol, fentanyl, heroin, morfin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtaget andre stoffer (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alkohol

### → 26. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 36 side 10

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

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

### 28. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

- + 29. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja  Nej

30. 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

31. 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

32. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja  Nej

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

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


Antal genstande

	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkohol-sodavand	
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p><u>1 genstand =</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 almindelig øl</li> <li>1 glas rød-/hvidvin</li> <li>1 glas hedvin</li> <li>1 drink/cocktail</li> <li>1 snaps/shot</li> <li>1 alkoholsodavand</li> <li>1 alkoholcider</li> </ul> <p>1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande 1 flaske hedvin = 10 genstande 1 flaske spiritus = 20 genstande</p>
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"/>	

### 34. 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"/>



### 35. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja       Nej       Ved ikke

## Selvskade

### → 36. Har du nogensinde skadet dig selv med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv? (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål 39 side 11

### 37. Hvor mange gange har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?

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

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

(Kun ét X)

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

→ **39. Har du en tatovering?**Ja Nej  → Gå til spørgsmål **44** side 12**40. Hvilke farver er du tatoveret med?***(Sæt ét eller flere X)* Rød Grøn Lyserød Sort Grå Gul Orange Blå Lilla Andre farver**41. Hvor stor er din tatovering (cirka) målt i antal håndflader?**

Ved flere tatoveringer angives den samlede størrelse.

*(Kun ét X)*

Mindre end 1 håndflade

1-5 håndflader

Mere end 5 håndflader

**42. Hvor gammel var du, da du fik din første tatovering?** år**43. Har du nogensinde haft gener af en tatovering?**

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

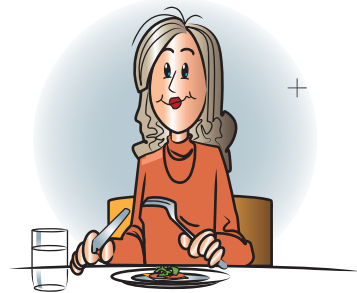
*(Kun ét X)*

Nej

Ja, i mindre grad

Ja, i høj grad

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



→ 44. 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"/>

45. 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"/>

46. 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"/>

47. 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"/>

+ 48. **Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?**

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

49. **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"/>

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

(Kun ét X)

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

51. **Nedenstående spørgsmål handler om dit forhold til mad.**

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Kaster du nogensinde op med vilje, fordi du føler dig ubehagelig overfyldt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du bekymret for, at du har mistet kontrollen over, hvor meget du spiser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du for nyligt tabt dig mere end 6-7 kg på tre måneder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synes du, at du er for tyk, selvom andre siger, du er tynd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vil du sige, at mad dominerer (styrer) dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du bevidst tabt dig, fordi du er utilfreds med din krop?	<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).

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

(Kun ét X)

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

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

(Kun ét X)

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

### 54. 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"/>

+ 55. Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – f.eks. motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. **Medregn både arbejde og fritid.**

(Kun ét X)

Ingen dage	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>
4 dage	<input type="checkbox"/>
5 dage	<input type="checkbox"/>
6 dage	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>



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

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

## 57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

58. Har du nogensinde brugt følgende uden recept fra din læge?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej, aldrig	Nej, men overvejer det	Ja, men ikke inden for det seneste år	Ja, inden for det seneste år
Anabole steroider (f.eks. testosteron, nandrolon eller stanozolol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre muskelopbyggende stoffer (f.eks. væksthormon, clenbuterol eller SARMs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Timer

Minutter

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

(Kun ét X)

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

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

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

## Højde og vægt



62. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde  cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt  kg

64. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj

65. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

66. Har du inden for de sidste 12 måneder brugt medicin for at tabe dig (f.eks. Wegovy, Ozempic, Mounjaro, Saxenda)?

(Kun ét X)

Ja, med recept  → Gå til spørgsmål 68 side 18

Ja, uden recept  → Gå til spørgsmål 68 side 18

Nej

67. Overvejer du at bruge medicin for at tabe dig (f.eks. Wegovy, Ozempic, Mounjaro, Saxenda)?

Ja  Nej

→ **68. Før du fyldte 18 år, i hvor høj grad oplevede du ...**

(Sæt ét X i hver linje)

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

**69. Før du fyldte 18 år, hvor ofte oplevede du ...**

(Sæt ét X i hver linje)

	Ofte	Nogle gange	En gang	Aldrig
at du blev udsat for <u>fysisk vold</u> i dit hjem (f.eks. at du blev skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at du blev udsat for <u>psykisk vold</u> i dit hjem (f.eks. at du blev ydmyget, nedgjort eller truet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at en voksen udsatte dig for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70. Før du fyldte 18 år, oplevede du ...**

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
at en anden i dit hjem blev udsat for <u>fysisk vold</u> (f.eks. blev skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at en anden i dit hjem blev udsat for <u>psykisk vold</u> (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at en anden i dit hjem blev udsat for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem havde et alkoholproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem havde et stofmisbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem havde en psykisk sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at nogen i dit hjem forsøgte at begå selvmord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at dine forældre blev skilt eller gik fra hinanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
at én eller begge dine forældre døde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



De næste spørgsmål handler om sex og seksuel orientering. Nogle mennesker synes, det kommer for tæt på deres privatliv, at vi stiller sådanne spørgsmål. Du kan naturligvis undlade at besvare disse spørgsmål, hvis du føler dette.

### 73. Har du nogensinde haft samleje?

Ja

Nej  → Gå til spørgsmål 76



### 74. Hvor gammel var du første gang, du havde samleje?

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

Skriv alder  år

### 75. Hvor mange forskellige personer har du haft samleje med?

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

Skriv antal  personer

### → 76. Opfatter du dig som:

(Kun ét X)

Heteroseksuel (tiltrukket af det modsatte køn)

Homoseksuel (tiltrukket af eget køn)

Biseksuel (tiltrukket af begge køn)

Uafklaret

Andet

Ønsker ikke at svare

+ **Kontakt med sundhedsvæsenet**

- 77. 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 79 side 22

- 78. Har lægen eller andet sundhedsfagligt personale i dit lægehus/din lægepraksis 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"/>

- **79.** 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.)

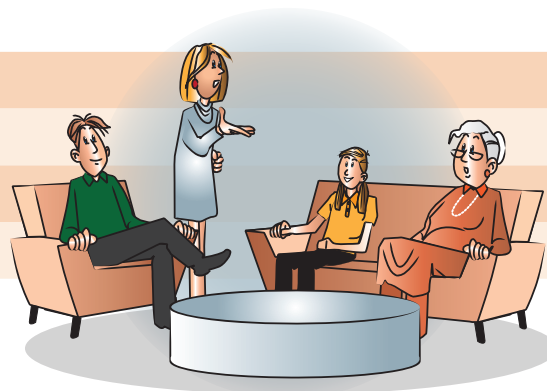
(Sæt ét X i hver linje)

	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"/>

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

(Kun ét X)

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



## + 81. 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"/>

## 82. Nedenstående udsagn handler om den støtte og hjælp, du kan få fra familie, venner og bekendte, hvis du har brug for det.

(Sæt ét X i hver linje)

	Helt forkert	Sandsynligvis forkert	Sandsynligvis rigtigt	Helt rigtigt
Hvis jeg var syg, ville jeg nemt kunne finde nogen til at hjælpe mig med mine daglige gøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg skulle rejse væk i et par uger, ville det være svært at finde nogen, der ville passe mit hus eller min lejlighed (planter, kæledyr, have osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg var strandet 10-15 kilometer hjemmefra, er der nogen, jeg kunne ringe til, som kunne komme og hente mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg havde brug for hjælp til at flytte til et nyt hus eller en ny lejlighed, ville det være svært for mig at finde nogen til at hjælpe mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 83. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfald blandt dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

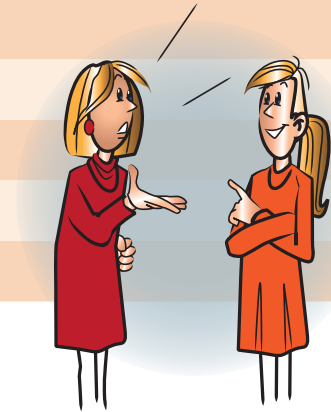
Hvis andre, skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 84. Hvor ofte deltager du i foreningsliv eller frivilligt arbejde, sammen med andre?** F.eks. idrætsforening, socialt arbejde, faglig sammenslutning, bestyrelsesarbejde, beboerforening, musikalsk/kulturel forening eller religiøs sammenhæng.

(Kun ét X)

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



## Personlige forhold

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

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

- 86. Har du en kæreste eller en ægtefælle?**

(Kun ét X)

Ja, vi har været sammen i mindre end 1 år	<input type="checkbox"/>
Ja, vi har været sammen i mere end 1 år	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

- 87. 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"/>

- 88. Har du børn?** Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

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

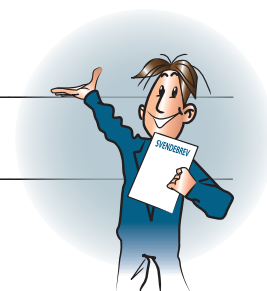
## + 89. Hvad er den højeste uddannelse, du har fuldført?

Jeg går stadig i grundskole (f.eks. i folkeskole, privatskole, efterskole)	<input type="checkbox"/>
Grundskole (11 år eller færre f.eks. folkeskole, privatskole, efterskole)	<input type="checkbox"/>
Studerer-, 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"/>

## 90. Hvad er din uddannelse mere præcist?

Skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 91. Er du under uddannelse?

Ja Nej  → Gå til spørgsmål 93

## 92. Hvilken uddannelse er du i gang med?

(Kun ét X)

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

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## → 93. Hvordan vil du beskrive det område, du bor i?

(Kun ét X)

By (1.000 indbyggere eller flere)	<input type="checkbox"/>
Landsby (under 1.000 indbyggere)	<input type="checkbox"/>
Landområde	<input type="checkbox"/>

**94. Er du i arbejde?**Ja Nej  → Gå til spørgsmål 98**95. Hvad er din nuværende stilling?***(Kun ét X)*Selvstændig Medarbejdende ægtefælle Faglært Ufaglært Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer) Lærling, elev Anden beskæftigelse **96. Hvad er din stilling mere præcist?** Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (ikke blot ansat i butik), kontorchef i kreditforening (ikke blot kontorchef).**Skriv hvad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Antal timer om ugen (hvis ingen skriv 0)

**→ 98. Har du inden for de seneste 3 måneder modtaget én eller flere af følgende sociale ydelser?** (Sæt gerne flere X hvis du har modtaget flere forskellige ydelser)Førtidspension, ressourceforløb eller skånejob Arbejdsløshedsdagpenge Sygedagpenge Barselsdagpenge Kontanthjælp, integrationsydelse eller uddannelseshjælp (ikke SU) Flexjob, ledighedsydelse eller revalideringsydelse SU Sæt X her hvis ingen af ovenstående

## 99. Ejer du selv eller andre i din husstand den bolig, du bor i?

Ja Nej 

## 100. Hvor stor var din årlige indkomst i 2024 før skat og andre fradrag?

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

(Kun ét X)

0-99.000 kr.	<input type="checkbox"/>
100.000-149.000 kr.	<input type="checkbox"/>
150.000-249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000-399.000 kr.	<input type="checkbox"/>
400.000-599.000 kr.	<input type="checkbox"/>
600.000 kr. eller derover	<input type="checkbox"/>

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

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

+ Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan du gøre det her:

---

---

---

---

---

## Tak for hjælpen!

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten. Portoen er betalt.

Du kan også svare på  
[www.svar2025.dk](http://www.svar2025.dk)

**Hvordan  
har  du det?**