

Hvordan har du det?

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

2025



**Du kan også
svare online**

Udfyld spørgeskemaet på
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

For at svare 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).

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

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!		FORKERT!	
Ja	Nej	Ja	Nej
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nej	Ja	Nej
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
0 2	år	2	år
1 4	år	1 4	år



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, slægtinge 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

11. Har du på grund af sygdom eller andre problemer med helbredet brug for hjælp fra venner, familie eller f.eks. hjemmehjælp til at klare dine daglige gøremål?

Nej, jeg har ikke brug for hjælp	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 14 side 4
Ja, jeg har brug for hjælp	<input type="checkbox"/>	

12. Hvad har du brug for hjælp til?

(Sæt ét eller flere X)

Lave mad	<input type="checkbox"/>
Spise	<input type="checkbox"/>
Vaske mig	<input type="checkbox"/>
Klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Købe ind	<input type="checkbox"/>
Betale regninger	<input type="checkbox"/>
Gøre rent	<input type="checkbox"/>
Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>
Gå til læge	<input type="checkbox"/>
Gå en tur	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>



13. Hvem hjælper dig?

(Sæt ét eller flere X)

Min familie	<input type="checkbox"/>	En besøgsven	<input type="checkbox"/>
Ven, veninde	<input type="checkbox"/>	Andre	<input type="checkbox"/>
Nabo	<input type="checkbox"/>	Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjælp, plejepersonale	<input type="checkbox"/>		

- 14. 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 overrevet 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"/>

15. **Hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger har du:**

(Sæt ét X i hver linje)

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

+ Symptomer og ubehag

+ 5



- 16. 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

17. 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"/>

18. 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstlidelse (f.eks. socialfobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?

Ja Nej Hvis nej → Gå til spørgsmål 21 side 8

20. Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag?

Hvor besværligt er det følgende for dig:

(Sæt ét X i hver linje)	Ikke besværligt	Lidt besværligt	Ret besværligt	Meget besværligt	Ekstremt besværligt	Gælder ikke for mig
Tage meget medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hvordan og hvornår jeg skal tage min medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hente medicin på recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holde øje med min helbreds-tilstand (f.eks. ved at måle blodtryk eller blodsukker, eller holde øje med mine symptomer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftale tider med sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have kontakt med mange forskellige sundhedspersoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme til mine aftaler med sundhedspersonalet (f.eks. fordi jeg skal have fri fra arbejde, eller sørge for transport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Få klar og opdateret besked om min helbredstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennemføre ændringer i min livsstil, som jeg er blevet rådet til (f.eks. kost og motion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Være afhængig af hjælp fra familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål 20 er udviklet af professor Chris Salisbury og dr. Polly Duncan. Copyright University of Bristol.



→ 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 side 9
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25 side 9

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 side 9
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	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

→ 25. 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"/>

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

(Kun ét X)

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

Alkohol

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

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37 side 11

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

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

29. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

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

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

31. 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

32. 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

33. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja Nej

34. 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"/>	<u>1 genstand</u> = 1 almindelig øl 1 glas rød-/hvidvin 1 glas hedvin 1 drink/cocktail 1 snaps/shot 1 alkoholsodavand 1 alkoholcider
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande 1 flaske hedvin = 10 genstande 1 flaske spiritus = 20 genstande

35. Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt

Ugentligt

Månedligt

Sjældent

Aldrig

36. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja Nej Ved ikke



→ **37. Har du en tatovering?**Ja Nej → Gå til spørgsmål **42** side 12**38. Hvilke farver er du tatoveret med?***(Sæt ét eller flere X)* Rød Grøn Lyserød Sort Grå Gul Orange Blå Lilla Andre farver**39. 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 **40. Hvor gammel var du, da du fik din første tatovering?** år**41. 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.



→ 42. 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"/>

43. 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"/>

44. 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"/>

45. 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"/>

+ 46. **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"/>

47. **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"/>

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

(Kun ét X)

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

49. **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"/>

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

50. 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"/>	

51. 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"/>	

52. 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"/>




+ 53. 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"/>



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

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

55. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?



(Kun ét X)

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

56. På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål?

Arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter m.m.

Vinter	(Kun ét X)	Sommer	(Kun ét X)
0 dage	<input type="checkbox"/>	0 dage	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>	1 dag	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>	2 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>	3 dage	<input type="checkbox"/>
4 dage	<input type="checkbox"/>	4 dage	<input type="checkbox"/>
5 dage	<input type="checkbox"/>	5 dage	<input type="checkbox"/>
6 dage	<input type="checkbox"/>	6 dage	<input type="checkbox"/>
7 dage	<input type="checkbox"/>	7 dage	<input type="checkbox"/>

57. 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"/>

Søvn

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

Medtag middagslur



Timer

Minutter

59. 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"/>

60. 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

61. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)62. Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?Skriv vægt kg

63. Hvordan vurderer du selv din vægt?

*(Kun ét X)*Alt for lav Lidt for lav Tilpas Lidt for høj Alt for høj

64. Vil du gerne tabe dig?

*(Kun ét X)*Ja, i høj grad Ja, i nogen grad Nej Ved ikke 65. 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 67 side 18Ja, uden recept → Gå til spørgsmål 67 side 18Nej

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

Ja Nej

- 67. 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 69



68. 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"/>

- 69. Hvor let eller svært finder du følgende? Tænk på dine erfaringer:

(Sæt ét X i hver linje)	Meget svært	Svært	Let	Meget let
Sikre dig at sundhedspersonalet forstår dine problemer rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Være i stand til at tale om dine helbredsproblemer med sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have gode samtaler om dit helbred med læger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Præcist følge de anvisninger du får af sundhedspersonalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå skriftlig information om sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blive ved med at spørge sundhedspersonalet indtil du har forstået det, du har brug for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå al information på medicinpakninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, du har brug for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstå hvad sundhedspersonalet vil have dig til at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ 70. Har du inden for det seneste år fravalgt behandling eller fået mindre behandling, end du havde brug for, fordi du syntes, det var for dyrt?

Med behandling tænkes på undersøgelse eller behandling, som du, din læge eller en anden sundhedsperson syntes var vigtig for dit helbred

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandlæge, tandpleje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut, kiropraktor, osteopat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fodterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog, psykiater, psykoterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjælpemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speciallæge (f.eks. øjenlæge, øre-næse-hals-læge, hudlæge, gynækolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



71. Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

(Kun ét X)

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

72. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du har haft det gennem de seneste 2 uger.

Hvor stor en del af tiden:

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig mere stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ **Kontakt med andre mennesker****73. Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?**

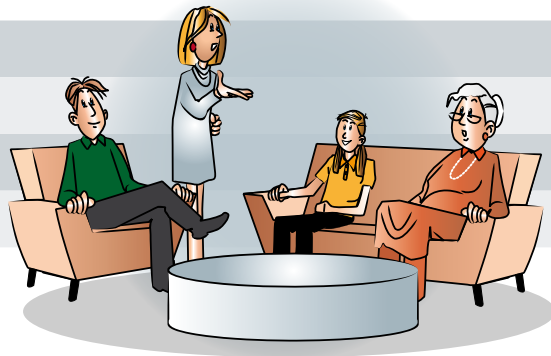
Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald m.v.)

(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"/>

74. 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"/>



75. 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"/>

76. 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"/>

77. 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: _____

- + **78.** Bruger du som pårørende tid på en person, der på grund af sygdom, handicap, alderdom, misbrug mv., har brug for støtte eller hjælp til at klare dagligdagen?

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 81

- 79.** Føler du, at din støtte og hjælp som pårørende tager så meget af din tid, at det går ud over din hverdag?

(Kun ét X)

Nej

Ja, lidt

Ja, en del

Ja, meget

- 80.** Føler du, at din støtte og hjælp som pårørende tager så meget af din energi, at det går ud over din hverdag?

(Kun ét X)

Nej

Ja, lidt

Ja, en del

Ja, meget

- **81.** 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

Ca. en gang om ugen

Én til tre gange om måneden

Sjældnere

Aldrig



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

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

83. 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"/>

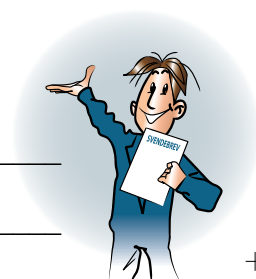
84. Har du børn? Medregn både børn der bor hjemme, og børn der ikke bor hjemme.

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

85. 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"/>
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"/>

86. Hvad er din uddannelse mere præcist? Skriv hvad:



→ 87. Er du under uddannelse?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 89

88. Hvilken uddannelse er du i gang med? Skriv hvilken:

Arbejde

→ 89. Er du i arbejde?

Ja → Gå til spørgsmål 93 side 26Nej

UDFYLDES HVIS DU IKKE ER I ARBEJDE. ELLERS GÅ TIL SPØRGSMÅL 93 SIDE 26.

90. Har du tidligere haft beskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medarbejdende ægtefælle?

Ja Nej → Gå til spørgsmål 98 side 27

91. Hvad var din seneste beskæftigelse?

(Kun ét X)

Selvstændig	<input type="checkbox"/>
Medarbejdende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Faglært	<input type="checkbox"/>
Ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

92. Hvad var din stilling mere præcist? Nøjagtig angivelse: eksempelvis butiksassistent i supermarked (ikke blot ansat i butik), kontorchef i kreditforening (ikke blot kontorchef). **Skriv hvad:**

UDFYLDES HVIS DU ER I ARBEJDE. ELLERS GÅ TIL SPØRGSMÅL 98 SIDE 27.

→ 93. Hvad er din nuværende stilling?

(Kun ét X)

Selvstændig	<input type="checkbox"/>
Medarbejdende ægtefælle	<input type="checkbox"/>
Faglært	<input type="checkbox"/>
Ufaglært	<input type="checkbox"/>
Funktionær, tjenestemand (f.eks. læge, kontorassistent, skolelærer)	<input type="checkbox"/>
Lærling, elev	<input type="checkbox"/>
Anden beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

94. 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: _____

95. Hvor mange timers erhvervsarbejde har du om ugen?

Antal timer om ugen (hvis ingen skriv 0)

96. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde.

(Sæt ét X i hver linje)	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Har du indflydelse på, hvordan du udfører dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent fysisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent psykisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at du får anerkendelse for dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du alt i alt tilfreds med dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ 97. Hvor ofte tager du smertestillende medicin for at kunne passe dit arbejde?

(Kun ét X)

Dagligt	<input type="checkbox"/>
En eller flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Et par gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

DE FØLGENDE SPØRGSMÅL SKAL UDFYLDES, UANSET OM DU ER I ARBEJDE ELLER EJ

→ 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)

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

99. Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, ikke nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en smule	<input type="checkbox"/>
Ja, en del	<input type="checkbox"/>
Ja, meget	<input type="checkbox"/>

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

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

101. 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"/>

102. 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

Seksuel orientering

Det næste spørgsmål handler om seksuel orientering. Nogle mennesker synes, det kommer for tæt på deres privatliv, at vi stiller sådan et spørgsmål. Du kan naturligvis undlade at besvare spørgsmålet, hvis du føler dette.

103. Opfatter du dig som:

(Kun ét X)

Heteroseksuel (tiltrukket af det modsatte køn)	<input type="checkbox"/>
Homoseksuel (tiltrukket af eget køn)	<input type="checkbox"/>
Biseksuel (tiltrukket af begge køn)	<input type="checkbox"/>
Uafklaret	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>
Ønsker ikke at svare	<input type="checkbox"/>

+ 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. Porto er betalt.

Du kan også svare på
www.svar2025.dk

**Hvordan
har  du det?**