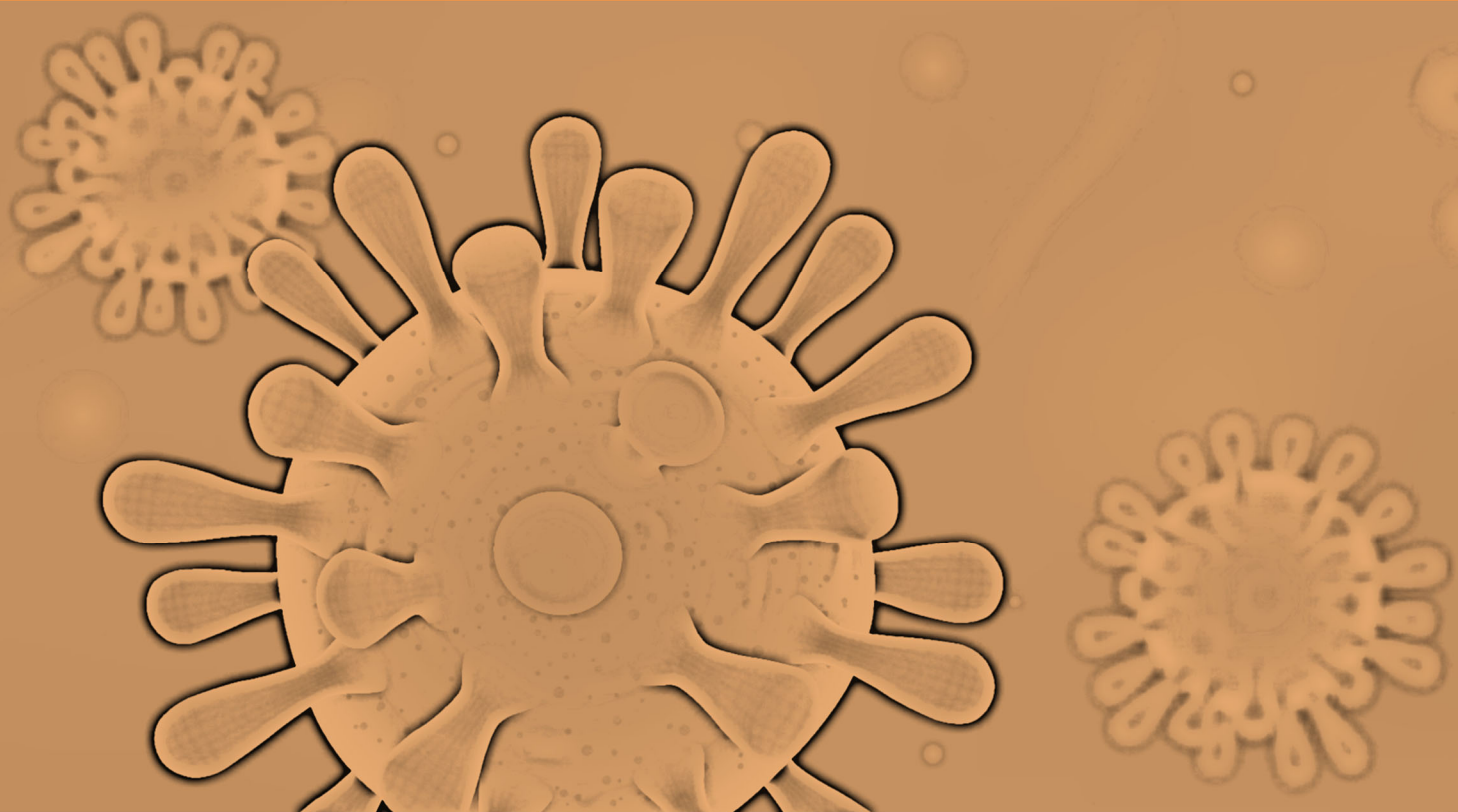


+

+

MENTAL SUNDHED, TRIVSEL, SYGDOM OG SUNDHED I LYSET AF COVID-19

En undersøgelse blandt unge og voksne i Danmark 2021



Spring turen til postkassen over!
Udfyld spørgeskemaet på www.sdu.dk/sif

+

+

+

+

Sådan udfylder du skemaet

Inden du besvarer et spørgsmål, bedes du læse både spørgsmål og svarmuligheder igennem. De fleste af spørgsmålene besvares ved at sætte et kryds i den kasse, hvor du synes, svaret passer bedst. Nogle spørgsmål er lettere at svare på end andre. Hvis du går i stå ved besvarelsen af et enkelt spørgsmål, så gå hellere videre til det næste frem for helt at opgive at udfylde skemaet.

Det er meget vigtigt for os, at du sender skemaet tilbage til os i den vedlagte frankerede svarkuvert – også selvom du ikke har svaret på alle spørgsmål.

Du kan også udfylde skemaet på internettet på www.sdu.dk/sif. Du finder din respondentnøgle i følgebrevet, som du fik tilsendt sammen med dette spørgeskema.

Udfyld venligst spørgeskemaet med sort eller blå kuglepen.

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

Køn og alder

1. Er du:

Mand 1
 Kvinde 2

2. Hvor gammel er du?

Antal år:

Helbred

3. Hvordan synes du, dit helbred er i al almindelighed?

(Kun ét X)

Virkeligt godt 1
 Godt 2
 Nogenlunde 3
 Dårligt 4
 Meget dårligt 5

4. Har du nogen langvarig sygdom eller langvarige helbredsproblemer?

(Med "langvarig" menes sygdomme eller helbredsproblemer, der har været, eller som forventes at være, mindst 6 måneder).

(Kun ét X)

Ja 1
 Nej 2

5. Er du på grund af sygdom eller helbredsproblemer begrænset i udførelsen af aktiviteter, som folk sædvanligvis udfører? Er du...

(Kun ét X)

alvorligt begrænset? 1
 noget begrænset? 2
 slet ikke begrænset? 3 → Gå til SPM. 7

6. Har du været begrænset de seneste 6 måneder?

(Kun ét X)

Ja 1
 Nej 2

Sygdomme og kroniske helbredsproblemer

7. Har du inden for de seneste 12 måneder haft nogen af disse sygdomme eller helbredsproblemer?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej
a. Astma (inkl. allergisk astma)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Kronisk bronkitis, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), for store lunger (lungeemfysem).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) eller kroniske eftervirkninger af dette	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Hjertekramper (angina pectoris)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Blodprop i hjernen eller hjerneblødning (apopleksi) eller kroniske eftervirkninger af dette	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Slidgigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
h. Kronisk sygdom i lænd eller ryg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
i. Kronisk nakke-lidelse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
j. Diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
k. Allergi (ikke allergisk astma)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
l. Skrumpelever	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
m. Inkontinens, vandladningsproblemer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
n. Nyrelidelser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
o. Depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
p. Forhøjet kolesterol eller triglycerid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Smerter

8. Hvor stærke fysiske smerter har du haft inden for de seneste 4 uger?

(Kun ét X)

Ingen smerter	<input type="checkbox"/> 1
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/> 2
Lette smerter	<input type="checkbox"/> 3
Moderate smerter	<input type="checkbox"/> 4
Stærke smerter	<input type="checkbox"/> 5
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/> 6

9. Hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde) inden for de seneste 4 uger?

(Kun ét X)

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|
| Slet ikke..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Lidt..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Noget..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| En hel del | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Virkeligt meget | <input type="checkbox"/> | 5 |

Mentalt helbred

10. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 2 uger har du...

(Sæt ét X i hver linje)

- | | Slet ikke | Flere dage | Mere end en uge | Næsten hver dag |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. haft en manglende interesse i eller fornøjelse ved at gøre ting?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. følt dig nedtrykt, deprimeret eller opgivende?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. haft problemer med at falde i søvn, vågnet op i løbet af natten eller sovet for meget?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. følt dig træt eller kun haft lidt energi eller overskud?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. haft nedsat eller øget appetit?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f. haft det skidt med dig selv, følt dig som en fiasko eller følt, at du har svigtet dig selv eller din familie?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| g. haft svært ved at koncentrere dig om ting, f.eks. at læse avis eller se tv?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| h. bevæget dig eller talt så langsomt, at andre mennesker har lagt mærke til det. Eller det modsatte – været så anspændt og rastløs, at du har bevæget dig mere omkring, end du plejer?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

11. 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
a. Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Jeg har følt mig nyttig.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Jeg har følt mig afslappet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Jeg har klaret problemer godt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Jeg har tænkt klart.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Jeg har følt mig tæt på andre mennesker.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Jeg har været i stand til at danne min egen mening om tingene.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

COVID-19-pandemien

12. Har du nogensinde haft COVID-19?

(Kun ét X)

- Ja, bekræftet med en positiv test 1
- Ja, det er jeg overbevist om, men jeg blev ikke testet..... 2
- Nej..... 3 → Gå til SPM. 16
- Ved ikke..... 4 → Gå til SPM. 16

13. Hvis ja, hvornår fik du COVID-19?

--	--

Måned År

14. Har du været indlagt på grund af COVID-19?

- Ja 1
- Nej..... 2

15. Har du i forbindelse med COVID-19 haft følgende symptomer eller senfølger? Hvis ja, angiv varighed så præcist som muligt i uger og evt. dage.

(F.eks. hvis du har angivet hovedpine og varigheden var 10 dage, så skal du skrive "1" ved Uger og "3" ved Dage).

	Nej, har ikke haft symptomet	Ja, har haft symptomet	Uger	Dage
Træthed/udmattelse.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vejrtrækningsproblemer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hovedpine.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hoste.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ændring af lugtesans.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ændring af smagssans.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Brystsmerter.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muskel- eller ledsmerter.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feber/kulderystelser.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kvalme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diarré.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forringet appetit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ondt i halsen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hukommelses- og koncentrationsbesvær.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deprimeret/nedtrykt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ængstelig/nervøs.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Er du blevet vaccineret mod COVID-19 (minimum ét stik)?

Ja.....

1 → Gå til SPM. 18

Nej.....

2

17. Hvis nej, hvad er da årsagen hertil?

(Sæt gerne flere krydser)

- | | |
|---|----------------------------|
| a. Jeg har ikke fået den tilbudt..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| b. Jeg er gravid/ammende | <input type="checkbox"/> 1 |
| c. Jeg har en allergi/sygdom, der gør, at jeg ikke kan blive vaccineret .. | <input type="checkbox"/> 1 |
| d. Jeg mener, at det er bedre at opbygge en naturlig immunitet mod COVID-19..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| e. Jeg har allerede været smittet mod COVID-19, så jeg mener ikke, at en vaccine er nødvendig..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| f. Det er besværligt for mig at blive vaccineret (f.eks. jeg har ikke tid til at blive vaccineret, jeg skal tage langt for at blive vaccineret, jeg skal have fri fra arbejde, jeg har haft svært ved at booke en tid)..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| g. Jeg er bekymret for, hvor effektiv vaccinen er..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| h. Jeg er bekymret for bivirkninger ved vaccinen..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| i. Jeg er generelt imod vacciner..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| j. Jeg er skeptisk over for netop denne vaccine..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| k. Af religiøse årsager..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| l. Andet..... | <input type="checkbox"/> 1 |

Hvis andet, skriv hvad: _____

18. Under COVID-19-pandemien, i hvilken grad har du været bekymret for, ...

(Sæt ét X i hver linje)

- | | I meget høj grad | I høj grad | Delvist | I lav grad | I meget lav grad |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. at nogen du kender skulle blive syge med COVID-19?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. selv at blive syg med COVID-19?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. at smitte andre med COVID-19?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

19. Har du under COVID-19-pandemien oplevet, at du havde brug for én eller flere af følgende sundhedsydelser, men ikke kunne eller ville benytte dem på grund af den særlige situation?

(Sæt ét X i hver linje)

	Har haft brug for, men ikke benyttet sundhedsydelser	Har udskudt brug af sundhedsydelser	Har benyttet sundhedsydelser helt som normalt	Har ikke haft brug for sådanne sundhedsydelser
a. Læge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Tandlæge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Receptmedicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Psykolog, psykiater eller psykoterapeut.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Fodterapeut.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Arbejdssituation under COVID-19-pandemien

20. Har du under COVID-19-pandemien haft et arbejde?

(Kun ét X)

- Ja 1
- Nej..... 2 → Gå til SPM. 24

21. Har du under COVID-19-pandemien forladt et arbejde?

(Kun ét X)

- Nej..... 1
- Ja, jeg har forladt et tidligere arbejde, da jeg blev afskediget 2
- Ja, jeg har selv valgt at forlade et tidligere arbejde 3
- Ja, af andre årsager..... 4

22. Har du oplevet forandringer på din arbejdsplads på grund af COVID-19-pandemien?

(Kun ét X)

- Ja 1
- Nej..... 2 → Gå til SPM. 24

23. I de følgende spørgsmål skal du tænke på, hvordan forandringer på grund af COVID-19-pandemien er blevet håndteret på din arbejdsplads.

(Hvis du selv har ledelsesansvar, bedes du tænke på, hvordan ledelsen over dig har håndteret forandringerne).

Jeg har ingen leder → Gå til SPM. 24

(Sæt ét X i hver linje)

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I lav grad	I meget lav grad
a. Har ledelsen informeret tilstrækkeligt om forandringerne på arbejdspladsen?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Er medarbejderne blevet inddraget tilstrækkeligt i forbindelse med forandringerne?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Er du generelt tilfreds med den måde, ledelsen har håndteret forandringerne på?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nuværende arbejdssituation

De følgende spørgsmål handler om din arbejdssituation lige nu.

24. Hvad er din hovedbeskæftigelse lige nu?

(Kun ét X)

Almindelig lønmodtager	<input type="checkbox"/> 1
Lønmodtager med personaleansvar	<input type="checkbox"/> 2
Selvstændig/medarbejdende ægtefælle	<input type="checkbox"/> 3
Elev/lærling (lære- eller praktikplads)	<input type="checkbox"/> 4
Skånejob, flexjob.....	<input type="checkbox"/> 5
Under uddannelse og i arbejde med mindst 8 timer pr. uge.....	<input type="checkbox"/> 6
Under uddannelse (skoleelev eller studerende uden fritidsjob eller med fritidsjob under 8 timer pr. uge)	<input type="checkbox"/> 7 → Gå til SPM. 36
Arbejdsløs	<input type="checkbox"/> 8 → Gå til SPM. 35
Fritstillet.....	<input type="checkbox"/> 9 → Gå til SPM. 35
Langtidssyg eller under revalidering	<input type="checkbox"/> 10 → Gå til SPM. 36
Hjemmegående	<input type="checkbox"/> 11 → Gå til SPM. 36
På efterløn, førtidspension eller alderspension.....	<input type="checkbox"/> 12 → Gå til SPM. 36
Har orlov.....	<input type="checkbox"/> 13 → Gå til SPM. 36

Andet, der ikke er arbejde.....

14 → Gå til SPM. 36

25. Hvor mange timer arbejder du om ugen i din hovedbeskæftigelse inklusiv eventuelle ekstratimer?

Antal hele timer:

26. Hvor mange timer arbejder du i gennemsnit hjemme om ugen (ud af din samlede angivne arbejdstid ovenfor)?

Antal hele timer:

27. Hvordan vil du beskrive dit nuværende ansættelsesforhold?

(Kun ét X)

Jeg er fastansat..... 1

Jeg er ansat i en tidsbegrænset stilling..... 2

Andet (f.eks. selvstændig eller freelance)..... 3

Arbejds miljø

De følgende spørgsmål handler om, hvordan du oplever dit arbejdsmiljø lige nu.

28. Om krav i arbejdet

(Sæt ét X i hver linje)

	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig
a. Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Hvor ofte får du uventede arbejdsopgaver, der sætter dig under tidspres?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Hvor ofte har du tidsfrister, der er svære at overholde?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Hvor ofte står du til rådighed for dit arbejde udenfor din normale arbejdstid?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Hvor ofte er det nødvendigt at arbejde over, dvs. udover din aftalte eller forventede arbejdstid?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

29. Arbejdets indhold og organisering

(Sæt ét X i hver linje)

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I lav grad	I meget lav grad
a. Har du indflydelse på, hvordan du løser dine arbejdsopgaver?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- b. Har du indflydelse på dine arbejdstider, f.eks. hvornår du møder eller går hjem fra arbejde?.....

1 2 3 4 5

30. Forudsigelighed i arbejdet

(Sæt ét X i hver linje)

	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ næsten aldrig	Har ingen leder
a. Bliver du informeret i god tid, hvis der sker ændringer i dine arbejdsopgaver?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Bliver du informeret i god tid, hvis der sker ændringer i, hvem du skal samarbejde med?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Bliver du informeret i god tid, hvis der sker ændringer i dine arbejdstider?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

31. Relationer i arbejdet

(Sæt ét X i hver linje)

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I lav grad	I meget lav grad	Har ingen leder
a. Bliver du behandlet retfærdigt af ledelsen på dit arbejde?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Bliver din indsats anerkendt og påskønnet på din arbejdsplads?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Har ingen leder eller kolleger <input type="checkbox"/> 6
c. Kan du få praktisk hjælp til arbejdet af dine kolleger, hvis du får brug for det?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	Har ingen kolleger <input type="checkbox"/> 6
d. Kan du få råd og vejledning af dine kolleger, hvis du får brug for det?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Kan du tale med dine kolleger om det, hvis du oplever problemer i arbejdet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Er du og dine kolleger opmærksomme på hinandens trivsel?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

32. I hvilken grad er du bekymret for,

(Sæt ét X i hver linje)

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I lav grad	I meget lav grad
a. at du bliver arbejdsløs.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. at du mod din vilje forflyttes til et andet arbejdssted.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. at dine arbejdsopgaver ændres.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. at andre på din arbejdsplads afskediges.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sygefravær og arbejdsevne

33. Har du inden for de seneste 12 måneder måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller andre helbredsproblemer?

(Sygefravær pga. børns sygdom skal ikke medregnes).

(Kun ét X)

Ja

 1

Nej.....

 2 → Gå til SPM. 35

34. Hvor mange dage i alt inden for de seneste 12 måneder har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller andre helbredsproblemer?

Antal dage:

35. Forestil dig, at din arbejdsevne er 10 point værd, når den er bedst. Hvor mange point vil du give din nuværende arbejdsevne?

Ude af stand til at arbejde

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

Bedste arbejdsevne

Forebyggelse og sundhedsydelse

36. Hvornår er du sidst blevet vaccineret mod influenza (ikke COVID-19)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Måned

År

Mere end 1 år siden

 1

Aldrig

 2

37. Har du inden for de seneste 12 måneder oplevet forsinkelser i sundhedsydelser pga. ventetider/ventelister?

(Kun ét X)

- Ja 1
- Nej..... 2
- Har ikke haft brug for sundhedsydelser 3

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

(Sæt ét X i hver linje)

- | | Ja | Nej | Har ikke haft brug for sådanne sundhedsydelser |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| a. Læge..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Tandlæge..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Receptmedicin..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Psykolog, psykiater eller psykoterapeut.. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

39. Har du inden for de seneste 12 måneder kontaktet en...?

(Medregn ikke, hvis kontakten var på en andens vegne).

(Sæt ét X i hver linje)

- | | Ja | Nej |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Psykolog, psykiater eller psykoterapeut | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Højde og vægt

40. Hvor høj er du uden sko på?

Antal cm:

41. Hvor meget vejer du uden tøj og sko på?

(Hvis du som kvinde er gravid, skal du angive din vægt før graviditeten).

Antal kg:

Fysisk aktivitet

42. Hvilken af følgende kategorier beskriver bedst dit generelle aktivitetsniveau i din hovedbeskæftigelse?

(Kun ét X)

- Mest siddende eller stående (f.eks. kontorarbejde, undervisning, butiksekspedition, køre bil eller lastvogn) 1
- Mest gående eller fysisk aktivitet af moderat karakter (f.eks. bære lette genstande, havearbejde, rengøring, male, mure, reparere biler, passe børn)..... 2
- Mest fysisk krævende (f.eks. løfte tunge ting, grave, lave tungt anlægsarbejde) 3

43. Hvor mange dage på en typisk uge går du mindst 10 minutter ad gangen for at komme til og fra steder?

(Se venligst bort fra den arbejdsrelaterede fysiske aktivitet, som du allerede har nævnt i spørgsmål 42. I stedet skal du medregne den tid, du bruger på at gå til og fra steder, f.eks. til arbejde, i skole, på indkøb osv.).

Antal dage:

Jeg går aldrig for at komme til og fra steder..... 0 → Gå til SPM. 45

44. Hvor lang tid på en typisk dag bruger du på at gå til og fra steder?

(Kun ét X)

- 10-29 minutter om dagen 1
- 30-59 minutter om dagen 2
- 1-2 timer om dagen 3
- 2-3 timer om dagen 4
- Mere end 3 timer om dagen 5

45. Hvor mange dage på en typisk uge cykler du mindst 10 minutter ad gangen for at komme til og fra steder?

(Se venligst bort fra den arbejdsrelaterede fysiske aktivitet, som du allerede har nævnt i spørgsmål 42. I stedet skal du medregne den tid, du bruger på at cykle til og fra steder, f.eks. til arbejde, i skole, på indkøb osv.).

Antal dage:

Jeg cykler aldrig for at komme til og fra steder 0 → Gå til SPM. 47

46. Hvor lang tid på en typisk dag bruger du på at cykle til og fra steder?*(Kun ét X)*

- 10-29 minutter om dagen 1
- 30-59 minutter om dagen 2
- 1-2 timer om dagen 3
- 2-3 timer om dagen 4
- Mere end 3 timer om dagen 5

47. Hvor mange dage på en typisk uge dyrker du motion, fitness eller laver anden form for fysisk aktivitet i fritiden i mindst 10 minutter ad gangen? (f.eks. en rask gåtur, løb, fodbold eller aerobic).

(Se venligst bort fra den arbejds- og transportrelaterede fysiske aktivitet, som du allerede har nævnt i spørgsmål 42. I stedet skal du medregne den motion, fitness eller anden fysisk aktivitet, du laver i fritiden, og som får vejrtrækning eller puls til at stige).

Antal dage:

Jeg dyrker aldrig motion eller tilsvarende i fritiden..... 0 → Gå til SPM. 49

48. Hvor lang tid på en typisk uge dyrker du motion, fitness eller laver anden bevægelse i fritiden, som omfatter en form for fysisk aktivitet?

Tid ugentligt:
Timer Minutter

49. Hvor mange dage på en typisk uge laver du muskelstyrkende aktiviteter, f.eks. styrketræning? Medregn alle aktiviteter, også selvom du allerede har medregnet dem i tidligere spørgsmål.

Antal dage:

Jeg laver aldrig muskelstyrkende aktiviteter..... 0

50. Hvor lang tid på en typisk dag bruger du på at sidde eller ligge ned? (Søvn skal ikke medregnes).*(Kun ét X)*

- Mindre end 4 timer om dagen 1
- 4-6 timer om dagen 2
- 6-8 timer om dagen 3
- 8-10 timer om dagen 4
- 10-12 timer om dagen..... 5
- 12 timer eller mere om dagen 6

Kostvaner

51. Hvor ofte spiser du frugt?

(Al slags frugt skal medregnes (også tørret frugt). Frugtjuice skal ikke medregnes, hverken friskpresset eller fra koncentrat).

(Kun ét X)

- En eller flere gange dagligt 1
- 4-6 gange om ugen 2
- 1-3 gange om ugen 3
- Mindre end 1 gang om ugen 4
- Aldrig 5

52. Hvor ofte spiser du grøntsager eller salat?

(Alle slags grøntsager med undtagelse af kartofler skal medregnes. Grøntsagsjuice og -suppe skal ikke medregnes, hverken friskpresset/-lavet eller fra koncentrat).

(Kun ét X)

- En eller flere gange dagligt 1
- 4-6 gange om ugen 2
- 1-3 gange om ugen 3
- Mindre end 1 gang om ugen 4
- Aldrig 5

53. Hvor ofte drikker du sodavand (f.eks. cola), saft og lignende med sukker?

(Light-, sukkerreducerede eller kunstigt sødede drikkevarer skal ikke medregnes).

(Kun ét X)

- En eller flere gange dagligt 1
- 4-6 gange om ugen 2
- 1-3 gange om ugen 3
- Mindre end 1 gang om ugen 4
- Aldrig 5

Rygning

54. Ryger du nogen former for tobak?

(E-cigaretter skal ikke medregnes).

(Kun ét X)

- Ja, dagligt 1
- Ja, af og til 2 → Gå til SPM. 57
- Nej, slet ikke 3 → Gå til SPM. 57

55. Ryger du fabriksfremstillede eller hjemmerullede cigaretter hver dag?*(Kun ét X)*

- Ja 1
- Nej..... 2 → Gå til SPM. 58

56. Hvor mange cigaretter ryger du i gennemsnit om dagen?

(Både fabriksfremstillede og hjemmerullede cigaretter skal medregnes).

Antal cigaretter: → → Gå til SPM. 58

57. Har du nogensinde røget tobak (cigaretter, cigarer, pibetobak) enten dagligt eller næsten dagligt i mindst ét år?*(Kun ét X)*

- Ja 1
- Nej..... 2 → Gå til SPM. 59

58. Hvor mange år har du sammenlagt røget dagligt? Hvis du har haft perioder med rygestop, skal separate perioder med rygning lægges sammen i svaret. Hvis du ikke kan huske det præcist, så angiv dit bedste bud.

Antal år:

59. Hvor ofte er du udsat for passiv rygning indendørs?

(Passiv rygning omfatter ophold i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg).

(Kun ét X)

- Mere end 1 time dagligt..... 1
- Mindre end 1 time dagligt..... 2
- Mindst 1 gang om ugen (men ikke dagligt)..... 3
- Mindre end 1 gang om ugen..... 4
- Aldrig eller næsten aldrig..... 5

60. Ryger du e-cigaretter?*(Kun ét X)*

- Ja, hver dag 1
- Ja, af og til..... 2
- Nej, men jeg har tidligere røget e-cigaretter..... 3
- Nej, jeg har aldrig røget e-cigaretter..... 4

Alkoholforbrug

61. Hvor ofte har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

(F.eks. øl, vin, spiritus, alkoholcider, alkoholsodavand osv.).

(Kun ét X)

- | | |
|---|---|
| Dagligt eller næsten dagligt..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 5-6 dage om ugen | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3-4 dage om ugen | <input type="checkbox"/> 3 |
| 1-2 dage om ugen | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2-3 dage om måneden | <input type="checkbox"/> 5 → Gå til SPM. 66 |
| En gang om måneden..... | <input type="checkbox"/> 6 → Gå til SPM. 66 |
| Mindre end en gang om måneden | <input type="checkbox"/> 7 → Gå til SPM. 66 |
| Aldrig inden for de seneste 12 måneder | <input type="checkbox"/> 8 → Gå til SPM. 67 |
| Aldrig nogensinde eller kun en enkelt tår af og til | <input type="checkbox"/> 9 → Gå til SPM. 67 |

62. Hvis du tænker på dit alkoholforbrug fra mandag til torsdag, på hvor mange af disse 4 dage drikker du så typisk alkohol?

(Kun ét X)

- | | |
|--------------------------|---|
| Alle 4 dage | <input type="checkbox"/> 1 |
| 3 ud af 4 dage | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2 ud af 4 dage..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| 1 ud af 4 dage | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ingen af de 4 dage | <input type="checkbox"/> 5 → Gå til SPM. 64 |

63. Hvis du tænker på dit alkoholforbrug fra mandag til torsdag, hvor mange genstande indtager du så i gennemsnit på denne/disse dag(e)?

(Kun ét X)

- | | |
|--|----------------------------|
| 16 genstande eller flere om dagen..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| 10-15 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6-9 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4-5 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 6 |
| 1 genstand om dagen | <input type="checkbox"/> 7 |
| 0 genstande om dagen | <input type="checkbox"/> 8 |

64. Hvis du tænker på dit alkoholforbrug fra fredag til søndag, på hvor mange af disse 3 dage drikker du så typisk alkohol?

(Kun ét X)

- Alle 3 dage 1
- 2 ud af 3 dage 2
- 1 ud af 3 dage 3
- Ingen af de 3 dage 4 → Gå til SPM. 66

65. Hvis du tænker på dit alkoholforbrug fra fredag til søndag, hvor mange genstande indtager du så i gennemsnit på denne/disse dag(e)?

(Kun ét X)

- 16 genstande eller flere om dagen..... 1
- 10-15 genstande om dagen 2
- 6-9 genstande om dagen 3
- 4-5 genstande om dagen 4
- 3 genstande om dagen 5
- 2 genstande om dagen 6
- 1 genstand om dagen 7
- 0 genstande om dagen 8

66. Hvor ofte inden for de seneste 12 måneder har du drukket 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

- Dagligt eller næsten dagligt..... 1
- 5-6 dage om ugen 2
- 3-4 dage om ugen 3
- 1-2 dage om ugen 4
- 2-3 dage om måneden 5
- En gang om måneden..... 6
- Mindre end en gang om måneden 7
- Aldrig inden for de seneste 12 måneder 8
- Aldrig nogensinde 9

Sociale medier

67. Angiv herunder, hvor meget tid du gennemsnitligt bruger på de sociale medier (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat, TikTok eller lignende).

Antal dage på en typisk uge: dage → hvis 0 dage, gå til SPM. 69

Antal timer og minutter på en typisk hverdag:
Timer Minutter

Antal timer og minutter på en typisk dag i weekenden (eller i ferier):
Timer Minutter

68. Herunder finder du nogle spørgsmål om dit forhold til og brug af sociale medier (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat, TikTok eller lignende). Vælg for hvert spørgsmål dén svarmulighed, som bedst beskriver dig. Hvor ofte i løbet af de seneste 12 måneder har du...

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget sjældent	Sjældent	Somme- tider	Ofte	Meget ofte
a. Brugt meget tid på at tænke på de sociale medier eller på at planlægge, hvornår du kan bruge de sociale medier?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Følt et behov for at bruge de sociale medier mere og mere?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Brugt de sociale medier for at glemme personlige problemer?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Forsøgt at skære ned på dit forbrug af de sociale medier, uden at det lykkedes?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Blevet rastløs eller urolig, hvis du ikke har haft mulighed for at bruge de sociale medier?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Brugt de sociale medier så meget, at det har haft en negativ indflydelse på dit arbejde/studie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hjælp og støtte fra familie og venner

69. Hvor mange personer er så tætte på dig, at du kan regne med dem, hvis du har alvorlige personlige problemer?

(Kun ét X)

Ingen 1

1-2 personer 2

3-5 personer 3

6 personer eller flere 4

70. I hvor høj grad er andre mennesker engagerede og interesserede i, hvad du laver?*(Kun ét X)*

- Meget engagerede og interesserede 1
- Engagerede og interesserede 2
- Uvist 3
- Lidt engagerede og interesserede 4
- Slet ikke engagerede og interesserede 5

71. Hvor nemt ville det være for dig at få praktisk hjælp af dine naboer, hvis du havde brug for det?*(Kun ét X)*

- Meget nemt 1
- Nemt 2
- Muligt 3
- Svært 4
- Meget svært 5

Hjælp og støtte til andre**72. Hjælper, støtter eller tager du dig af en eller flere personer, som har aldersrelaterede problemer, kroniske helbredsproblemer eller er svagelige, mindst én gang om ugen?**
(Hjælp, der bliver givet som del af ens hovedbeskæftigelse, skal ikke medregnes).*(Kun ét X)*

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til SPM. 75

73. Er denne person:*(Hvis du hjælper flere mennesker, henviser spørgsmålet til den person, du bruger mest tid på at hjælpe).**(Kun ét X)*

- Familie 1
- Andre (ikke familie) 2

74. Hvor mange timer om ugen bruger du på at give denne person hjælp eller støtte?*(Kun ét X)*

- Mindre end 10 timer om ugen 1
- 10-20 timer om ugen 2
- Mere end 20 timer om ugen 3

+

+

Kontakt med andre mennesker

75. Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?

(Kun ét X)

Sjældent

En gang imellem

Ofte

 1 2 3

76. Hvor ofte føler du dig udenfor?

(Kun ét X)

Sjældent

En gang imellem

Ofte

 1 2 3

77. Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?

(Kun ét X)

Sjældent

En gang imellem

Ofte

 1 2 3

Tak for at du ville medvirke. Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.

+

+

