

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.svar2023.dk. Du finder dit deltagernummer og din adgangskode i følgebrevet, som du har fået tilsendt sammen med dette spørgeskema.

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

	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 skraveres det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="1"/> ⁴ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/> <input checked="" type="checkbox"/>

LIVSKVALITET

1. Alt i alt, hvor tilfreds er du med dit liv for tiden?

Giv din vurdering på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder særdeles utilfreds, og 10 betyder særdeles tilfreds.

(Kun ét X)

Særdeles utilfreds											Særdeles tilfreds
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"/>	<input type="checkbox"/>

2. Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19 pandemien?

(Sammenlign med din livskvalitet før COVID-19 pandemien)

(Kun ét X)

Ja, den er blevet meget dårligere	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt dårligere	<input type="checkbox"/>
Nej, den er uændret	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt bedre	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet meget bedre	<input type="checkbox"/>

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
<u>Lettere aktiviteter</u> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

5. Hvor stor en del af tiden inden for 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 <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken <u>slags</u> arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)	
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

8. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger...

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
har du følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)	
Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

SØVN

10. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Kun ét X)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 12
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>	

11. Hvad er årsagen til, at du ikke får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Gerne flere X)

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

DAGLIGDAGENS STRESS

12. 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"/>

13. 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"/>

SYMPTOMER OG UBEHAG

14. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

LANGVARIGE SYGDOMME OG EFTERVIRKNINGER

16. 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"/>

17. Har du de seneste 6 måneder på grund af helbredsproblemer eller sygdom været begrænset i udførelsen af aktiviteter, som folk sædvanligvis udfører? Har du været...

(Kun ét X)

alvorligt begrænset?	<input type="checkbox"/>
noget begrænset?	<input type="checkbox"/>
slet ikke begrænset?	<input type="checkbox"/>

18. Har du langvarige/kroniske smerter, der har varet i 6 måneder eller mere?

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

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

<i>(Sæt mindst ét X i hver linje)</i>	Nej, det har jeg <u>aldrig</u> haft	Ja, det har jeg <u>nu</u>	Ja, det har jeg haft <u>tidligere</u>	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronchitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varede <u>mindre end 6 måneder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. For hver af de følgende psykiske lidelser bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

<i>(Sæt mindst ét X i hver linje)</i>	Nej, det har jeg <u>aldrig</u> haft	Ja, det har jeg <u>nu</u>	Ja, det har jeg haft <u>tidligere</u>	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				Ja	Nej
Angstlidelse (f.eks. socialfobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

21. Hvor ofte har du haft smerter i løbet af de sidste 3 måneder?*(Kun ét X)*

Aldrig	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 27
Nogle dage	<input type="checkbox"/>	
De fleste dage	<input type="checkbox"/>	
Hver dag	<input type="checkbox"/>	

22. Hvor ofte har smerter begrænset dig i din dagligdag eller i dit arbejde i løbet af de sidste 3 måneder?*(Kun ét X)*

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Nogle dage	<input type="checkbox"/>
De fleste dage	<input type="checkbox"/>
Hver dag	<input type="checkbox"/>

Tænk nu på de smerter, som du har oplevet i løbet af de sidste 7 dage...

23. I de sidste 7 dage, hvordan vil du vurdere den gennemsnitlige intensitet af dine smerter?

Giv din vurdering på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder ingen smerte, og 10 betyder værst tænkelige smerte.

(Kun ét X)

Ingen smerte												Værst tænkelige smerte
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"/>	<input type="checkbox"/>	

24. I de sidste 7 dage, hvor meget har dine smerter påvirket din livsglæde?

Giv din vurdering på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder ingen påvirkning, og 10 betyder maksimal påvirkning.

(Kun ét X)

Ingen påvirkning												Maksimal påvirkning
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"/>	<input type="checkbox"/>	

25. I de sidste 7 dage, hvor meget har dine smerter påvirket dine aktiviteter?

Giv din vurdering på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder ingen påvirkning, og 10 betyder maksimal påvirkning.

(Kun ét X)

Ingen påvirkning												Maksimal påvirkning
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"/>	<input type="checkbox"/>	

26. Er du ude af stand til at arbejde på grund af dine smerter eller din smertetilstand?

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

RYGNING

27. Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)?

(Kun ét X)

Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 29
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 29
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 31
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 31

28. 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"/>

29. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 31
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"/>	

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

Ja Nej

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

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1-5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
½-1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Mindre end ½ time om dagen	<input type="checkbox"/>
0 timer	<input type="checkbox"/>

E-CIGARETTER OG SNUS

32. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

(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"/>

33. 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"/>

STOFFER

34. Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lattergas fra patroner eller andre beholdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

35. Hvis du har brugt hash inden for den seneste måned, hvor mange dage i løbet af den seneste måned har du brugt hash?

Skriv antal dage

ALKOHOL

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

Ja

Nej



Gå til spørgsmål 46

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

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

Ja

Nej

40. 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

41. 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

42. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

43. 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 selvom svaret er 0)

Antal genstande			
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 genstand =

- 1 almindelig øl
- 1 glas rød-/hvidvin
- 1 glas hedvin
- 1 drink/cocktail
- 1 snaps/shot
- 1 alkoholsodavand
- 1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
 1 flaske hedvin = 10 genstande
 1 flaske spiritus = 20 genstande

44. Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?*(Kun ét X)*

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

45. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?*(Kun ét X)*

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

KOST

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

46. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	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"/>

+

+

47. 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"/>

48. 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"/>

49. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller 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

+

+

51. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

(Kun ét X)

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

52. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?

(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
Mad fra pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slik/chokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <u>uden</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

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

BEVÆGELSE I DAGLIGDAGEN

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

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

(Kun ét X)

Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)	<input type="checkbox"/>	Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.
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"/>	

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

+

+

56. 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"/>

57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

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

HØJDE OG VÆGT

58. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde	<input type="text"/>	cm (f.eks. 172 cm)
-------------	----------------------	--------------------

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

Skriv vægt	<input type="text"/>	kg
------------	----------------------	----

60. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav	<input type="checkbox"/>
Lidt for lav	<input type="checkbox"/>
Tilpas	<input type="checkbox"/>
Lidt for høj	<input type="checkbox"/>
Alt for høj	<input type="checkbox"/>

61. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

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

KROP, VÆGT OG SPISEVANER

62. De næste spørgsmål handler om dine holdninger til din krop, vægt og spisevaner. Sæt kryds ud for det, der passer bedst til, hvordan du har det, eller hvad du gør.

(Sæt ét X i hver linje)	Meget ofte	Ofte	Sjældent	Aldrig	Ved ikke
Jeg får dårlig samvittighed, når jeg spiser slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er på slankekur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er tilfreds med mine spisevaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kaster op for at komme af med det, jeg har spist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise, når jeg først er begyndt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62a. Hvor rigtige er følgende udsagn:

(Sæt ét X i hver linje)	Rigtigt	Næsten rigtigt	Kun lidt rigtigt	Forkert	Ved ikke
Jeg føler, at det er nødvendigt at følge en streng diæt eller overholde andre madritualer for at kontrollere, hvad jeg spiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler, at mit ønske om at tabe mig har taget overhånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KONTAKT MED SUNDHEDSVÆSENET

63. Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/> →	Gå til spørgsmål 65

+

+

64. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej	Kan ikke huske/ved ikke
At holde op med at ryge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tabe dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage på i vægt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At dyrke motion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At nedsætte dit alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At ændre dine kostvaner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At tage den med ro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Hvornår har du sidst:

(Sæt ét X i hver linje)	Inden for det seneste år	Inden for 1-3 år	For mere end 3 år siden	Aldrig	Ved ikke
Fået målt dit blodtryk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået undersøgt eller kontrolleret dit syn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået målt dit kolesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået målt din lungefunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fået målt dit langtidsblodsukker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KONTAKT MED ANDRE MENNESKER**66. 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 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"/>

+

+

67. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

68. 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"/>

69. De følgende spørgsmål handler om, hvordan du 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"/>

70. Hvor ofte deltager du i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre? F.eks. idrætsforening, kulturforening, aftenskolehold, menighedsarbejde, beboerforening, grædsrodsbevægelse mv.)

(Kun ét X)

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

ØKONOMI

71. Hvor ofte er det sket, at du inden for det sidste år har haft svært ved at betale dine regninger?

(Kun ét X)

Hver måned	<input type="checkbox"/>
Ca. halvdelen af årets måneder	<input type="checkbox"/>
Nogle få måneder	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

PERSONLIGE FORHOLD, UDDANNELSE OG ARBEJDE

72. Hvad er dit køn?

Mand Kvinde Andet

73. Hvornår er du født?

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

74. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)

Ja Nej

Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste

Jeg bor sammen barn/børn under 16 år

Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover

75. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole

7 eller færre års skolegang

8-9 års skolegang

10-11 års skolegang

Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)

Andet (herunder udenlandsk skole)

76. Har du fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej

Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)

Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)

Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer)

Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)

Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)

Anden uddannelse

77. Er du under uddannelse?

Ja

Nej

78. Er du i arbejde?

Ja

Nej

+

+

De næste tre spørgsmål er KUN til dig, som er under uddannelse eller i arbejde. Tag udgangspunkt i den arbejdsplads eller det uddannelsessted, hvor du tilbringer mest tid. Hvis du ikke er under uddannelse eller i arbejde, gå venligst til spørgsmål 82.

79. Hvor er du ansat? (Dette spørgsmål er kun til dig, som er i arbejde)

(Kun ét X)

I egen virksomhed

I privat virksomhed

I en kommune

I en region

I staten

80. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Skriv antal hele km

81. Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse?

timer og

minutter pr. dag

SPILLEVANER

Disse spørgsmål handler om dine spillevaner, f.eks. lotto, poker, tips, skrabelodder og lignende.

82. Har du nogensinde:

(Sæt ét X i hver linje)

Ja, inden for
det seneste år

Ja,
tidligere

Nej

Løjet (for familiemedlemmer, venner, kolleger eller lærere) om, hvor meget du spiller, hvor meget du har tabt, eller hvor stor din spillegæld er?

Haft behov for at spille med større og større indsatser (for at opnå den samme følelse af spænding)?

83. Er der i øvrigt noget, du ønsker at tilføje i forbindelse med spørgeskemaet?

+

+

Tak for at du ville medvirke. Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert. Porto er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.