

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt unge og voksne i Danmark 2021

HVORDAN HAR DU DET?



Dit svar hjælper os med at få et unikt indblik i sundhed og trivsel i Danmark. Vi bruger undersøgelsen til at forbedre forebyggelsen og behandlingen af sygdomme

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.svar2021.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, skraves 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 skravere det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="1"/> 2 4	<input type="text" value="1"/> 2 4

Helbred og trivsel

1. 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"/>

2. 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"/>

3. 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"/>

4. 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"/>

5. 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"/>

6. 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"/>

7. 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"/>

8. Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, uden besvær	Ja, med lidt besvær	Ja, med meget besvær	Nej, slet ikke
Læse en almindelig avistekst (evt. med briller, hvis det normalt bruges)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå 400 meter uden at hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bære 5 kg (f.eks. indkøbsposer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Søvn

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

(Kun ét X)

Ja, som regel	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 11
Ja, men ikke tit nok	<input type="checkbox"/>	
Nej, aldrig (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>	

+

+

10. 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"/>
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

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

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

12. 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:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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

15. 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"/>

16. 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 haft tidligere		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
			Ja, det har jeg nu		Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <u>mindre end 6 måneder</u>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

17. 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.

(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
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"/>

18. 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"/>

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

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

20. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?

(Sygefravær på grund af børns sygdom skal ikke medregnes. Medregn kun arbejdsdage. Hvis ingen sygefraværsdage, skriv 0)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 21
Skriv antal sygefraværsdage <u>inden for de seneste 14 dage</u> (hvis 'ved ikke' skriv 99)		<input type="text"/>
Skriv antal sygefraværsdage <u>inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage)</u> (hvis 'ved ikke' skriv 999)		<input type="text"/>

+

+

Medicin

21. Har du inden for det seneste år brugt håndkøbsmedicin for følgende symptomer eller tilstande? Hvis du har, bedes du også angive, om du har købt det i Danmark eller i udlandet.

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, inden for de seneste 14 dage	Ja, men ikke inden for de seneste 14 dage	Nej	Hvis ja, hvor har du købt det? (Gerne flere X)	
				Danmark (inkl. online handel)	Udlandet (inkl. online handel)
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse eller influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoppet næse (næsespray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Køresyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesyre eller halsbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygestop (f.eks. nikotintyggegummi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvægt (slankemedicin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svampeinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

22. 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 24
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26

23. 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"/>

24. Vil du gerne holde op med at ryge?*(Kun ét X)*

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 26
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"/>	

25. 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"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

26. 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**27. 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"/>

28. 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

29. Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer? Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang?

(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)	Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede stoffet første gang? Skriv alder
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ketamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lattergas fra patroner eller andre beholdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

30. 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

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

Ja

Nej



Gå til spørgsmål 38

32. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?

(Kun ét X)

Aldrig



Gå til spørgsmål 34

Højst én gang om måneden

2-4 gange om måneden

2-3 gange om ugen

4 gange om ugen eller oftere

33. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?

(Kun ét X)

1-2 genstande	<input type="checkbox"/>
3-4 genstande	<input type="checkbox"/>
5-6 genstande	<input type="checkbox"/>
7-9 genstande	<input type="checkbox"/>
10 eller flere genstande	<input type="checkbox"/>

34. De næste spørgsmål handler om dine alkoholvaner inden for det seneste år.

(Sæt ét X i hver linje)	Nej, aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt eller næsten dagligt
Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre dét, du skulle, fordi du havde drukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter at du havde drukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. 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

+

+

36. 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"/>

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

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

38. De næste spørgsmål handler om dine alkoholvaner gennem livet.*(Sæt ét X i hver linje)*

	Nej, aldrig	Ja, men ikke inden for det seneste år	Ja, inden for det seneste år
Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at skære ned?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kost

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

39. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?*(Sæt ét X i hver linje)*

	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"/>

+

+

40. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

<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
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"/>

41. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	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"/>

42. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	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"/>

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>
Olivেনolie	<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

+

+

44. 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"/>

45. 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"/>

46. 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).

47. 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"/>	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"/>	

48. 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"/>	

+

+

+

+

49. 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"/>

Stillesiddende tid

50. På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer? Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.

På en hverdag/arbejdsdag

(Udfyld alle felter)

Timer og minutter

	Timer	og	minutter
<u>Transport</u> (f.eks. i bil, bus eller tog. Medregn ikke cykling)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<u>Arbejde/skole/uddannelse</u> (f.eks. siddende ved skrivebord eller til møde)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<u>Fritid: ved skærm</u> (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<u>Fritid: andet</u> (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

51. 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

52. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

54. 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"/>

+

+

55. 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"/>

Tænder og tandpleje

56. Næsten alle voksne har fået trukket nogle tænder ud. Hvor mange af dine egne tænder har du tilbage? (Voksne har 28 tænder + de fire visdomstænder, der ikke medregnes. Svarkategorien 'Alle tænder tilbage' bruges således, selvom én eller flere visdomstænder er fjernet).

(Kun ét X)

Ingen tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
1-9 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
10-19 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
20-27 tænder tilbage	<input type="checkbox"/>
Alle tænder tilbage	<input type="checkbox"/>

57. Har du i løbet af de seneste 5 år gået regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne?

(Kun ét X)

Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går til regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på 12-18 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på 19-24 måneder	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mere end 24 måneder	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har ikke været regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne i løbet af de seneste 5 år	<input type="checkbox"/>

Kontakt med sundhedsvæsenet

58. 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 60

+

+

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

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

60. Hvornår har du sidst:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	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"/>

61. Har du nogensinde gjort brug af behandlere uden for det almindelige sundhedsvæsen og f.eks. benyttet nogle af følgende behandlere/behandlingsformer?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja, inden for det seneste år	Ja, tidligere	Nej
Zoneterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healing og/eller clairvoyance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage, kropsterapi og andre manipulative terapier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraniosakral-terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopati, naturopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioresonans-terapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinesiologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Kontakt med andre mennesker

62. Hvor ofte deltager du i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre? (F.eks. idrætsforening, kulturforening, aftenskolehold, menighedsarbejde, beboerforening, græsrodsbevægelse m.v.)

(Kun ét X)

Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Ca. 1 gang om ugen	<input type="checkbox"/>
1 til 3 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

63. 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"/>

64. 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"/>

65. 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"/>

66. 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"/>

Personlige forhold

67. Hvad er dit køn?

Mand Kvinde Andet

68. Hvornår er du født?

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

69. 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 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"/>

70. Hvilken skoleuddannelse har du?

	(Kun ét X)
Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

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

	(Kun ét X)
Nej	<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, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, 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)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

+

+

72. Er du under uddannelse?Ja Nej **73. Er du i arbejde?**Ja
Nej → Gå til spørgsmål 77

Arbejdsforhold

74. Er du i dit arbejde ofte udsat for nogle af følgende forhold?

(Med ofte menes mere end to dage om ugen).

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej	Ved ikke
Arbejde i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange gentagne og ensidige bevægelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge byrder (mindst 10 kg), som skal bæres eller løftes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj, så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulde i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stærk varme i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træk i arbejdslokalerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Hvor ofte...

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Sommetider	Sjældent	Aldrig, næsten aldrig
sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?

(Kun ét X)

Altid	<input type="checkbox"/>
Ofte	<input type="checkbox"/>
Sommetider	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig, næsten aldrig	<input type="checkbox"/>
Ikke relevant	<input type="checkbox"/>

+

+

Boligmiljø

77. Hvilken gulvbelægning er der i det rum i din bolig, du henholdsvis benytter til at sove i og opholder dig mest i, når du er vågen?

(Sæt gerne flere X)	Det rum, du sover i	Det rum, du opholder dig mest i, når du er vågen
Trægulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulv belagt med vinyl, linoleum eller kork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast tæppe (væg-til-væg) eller et stort tungt tæppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere løse tæpper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet, f.eks. fliser, terrazzo eller klinker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Har du følgende ventilationsmuligheder i din bolig?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Vindue eller dør ud til det fri fra badeværelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udluftningsventil eller åbning i væg, loft eller vinduesramme i badeværelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emhætte over komfur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Har du i øjeblikket fugtskjolder eller mugpletter på vægge, lofter eller gulve i din bolig?

	(Kun ét X)
Ja, med en samlet udbredelse på 50 x 50 cm eller mere	<input type="checkbox"/>
Ja, med en samlet udbredelse på mellem 20 x 30 cm (et A4-ark) og 50 x 50 cm	<input type="checkbox"/>
Ja, men kun med en samlet udbredelse på mindre end 20 x 30 cm	<input type="checkbox"/>
Nej, har hverken fugtskjolder eller mugpletter	<input type="checkbox"/>

80. Bruger du nogen af følgende opvarmningskilder i din bolig?

	(Gerne flere X)
Ja, kachelovn/brændeovn/pejs	<input type="checkbox"/>
Ja, flytbare varmekilder som f.eks. oliepejs eller gasovn	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen af ovenstående	<input type="checkbox"/>

81. Har du pelsdyr eller fugle inde i din bolig?

(Gerne flere X)	Ja, én eller flere hunde	Ja, én eller flere katte	Ja, andre pelsdyr	Ja, én eller flere fugle	Nej, ingen sådanne dyr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

82. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af ubehagelig lugt i din bolig på grund af følgende forhold?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej, ikke generet
Tobaksrøg i boligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mug og skimmelvækst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boligens byggematerialer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kilder fra boligen (f.eks. fra afløb, affald m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobaksrøg fra naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre aktiviteter hos naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brændeovne i kvarteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trafik, industri, landbrug eller andre forhold nær boligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kilder inde eller ude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogen af de følgende forhold i din bolig?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej, ikke generet
For høje eller for lave temperaturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlige lysforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra trafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra toilet, afløb eller kloak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra ventilationsanlæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rystelser i boligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Hvor ofte inden for de sidste 14 dage er der gjort følgende i din bolig?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Dagligt eller næsten dagligt	Ikke dagligt, men mindst én gang om ugen	Højst én gang inden for de sidste 14 dage	Ikke gjort inden for de sidste 14 dage
Luftet ud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugt emhætte eller anden udluftning, når der blev lavet mad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sørget for ekstra ventilation/udluftning efter badning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støvsuget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasket gulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

85. Sover du på denne årstid med åbent vindue eller anden form for udluftning?*(Sæt ét X i hver linje)*

Ja

Nej

Åbent vindue eller åben dør til det fri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åben dør til resten af boligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åben udluftningsventil (f.eks. i vindue eller på væg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tændt ventilationsanlæg, der indblæser luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spillevaner

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

86. Har du nogensinde:*(Sæt ét X i hver linje)*Ja, inden for
det seneste årJa,
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft behov for at spille med større og større indsatser (for at opnå den samme følelse af spænding)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seksualliv

De næste spørgsmål handler om seksualliv. Nogle mennesker synes, det kommer alt for tæt på deres privatliv, at vi stiller sådanne spørgsmål. Derfor skal du huske på, at det er frivilligt at være med i undersøgelsen, og at du kan undlade at besvare spørgsmålene. Men vi beder dig også huske på, at dine oplysninger kun anvendes anonymt til statistik, og derfor vil du ikke kunne genkendes som enkeltperson.

87. Er din seksuelle orientering overvejende rettet mod:*(Kun ét X)*

Personer af modsat køn

Personer af samme køn

Personer af begge køn

Ved ikke

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

Spørgsmål 88 er kun til mænd. Hvis du er kvinde, fortsæt venligst med spørgsmål 89.

88. Hvor ofte har du inden for det seneste år oplevet: Utilstrækkelig rejsning, for tidlig sædafgang, ikke opnået udløsning (eller med stort besvær) eller haft smerter ved samleje. Svar også på, om du synes, at det har været et problem for dig.*(Kun ét X)*Har du oplevet dette inden for det seneste år?

Slet ikke

Sjældent

Indimellem

Ofte

Hver gang/
hele tiden*(Kun ét X)*Har du oplevet det som et
problem?

Ja

Nej

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

+

+

+

+

Spørgsmål 89 er kun til kvinder. Hvis du er mand, forsæt venligst med spørgsmål 90.

89. Hvor ofte har du inden for det seneste år oplevet: Manglende fugtighed i skeden, ikke opnået udløsning (eller med stort besvær), haft skedekramper, der forhindrer indtrængning, eller haft smerter ved samleje. Svar også på, om du synes, at det har været et problem for dig.

<i>(Kun ét X)</i>					<i>(Kun ét X)</i>	
Har du oplevet dette inden for <u>det seneste år</u> ?					Har du oplevet det som et problem?	
Slet ikke	Sjældent	Indimellem	Oft	Hver gang/ hele tiden	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vold og seksuelle overgreb

De næste spørgsmål passer måske slet ikke på din situation – men det er vigtigt for os, at du alligevel besvarer dem.

90. Er du inden for det seneste år blevet udsat for én eller flere af følgende former for fysiske overgreb?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Antal gange	Nej
Skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sparket, slået med knyttet hånd eller genstand	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kastet ind mod møbler, vægge, ned ad trappe eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Udsat for kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

91. Hvis ja til ét eller flere fysiske overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?

<i>(Gerne flere X)</i>	Mand	Kvinde
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

92. Er du inden for det seneste år blevet udsat for én eller flere af følgende former for seksuelle overgreb?

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Antal gange	Nej
Ubehagelig seksuel beføling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Forsøg på tvunget samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Gennemført tvunget samleje	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Andre seksuelle overgreb	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

93. Hvis ja til ét eller flere seksuelle overgreb, hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?

<i>(Gerne flere X)</i>	Mand	Kvinde
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94. Er du inden for det seneste år blevet udsat for én eller flere former for nedenstående uønskede handlinger:

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Ja	Antal gange	Nej
Har en person gentagne gange talt nedværdigende til dig, ydmyget dig, latterliggjort dig, kritiseret dig urimeligt eller kaldt dig øgenavne?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Har en person gentagne gange truet dig eller en af dine nærmeste med vold eller andet?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Har en person gentagne gange fået dig til at blive usikker på din egen opfattelse af, hvad der er virkeligt, forsøgt at overbevise dig om, at du ikke er rigtig klog, eller sagt, at hans/hendes problemer er din skyld?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Har en person gentagne gange forhindret dig i at være sammen med dine børn, familie eller venner, i at gå på arbejde eller uddannelse eller i at færdes, som du har lyst?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Har en person gentagne gange kontrolleret eller overvåget, hvor du er, hvem du er sammen med, eller hvem du skriver med?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>
Har du fået uønskede seksuelle invitationer eller kommentarer?	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>

95. Hvis ja til én eller flere uønskede handlinger, hvem udsatte dig for handlingerne?

<i>(Gerne flere X)</i>	Mand	Kvinde
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet familiemedlem/slægtning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ven/bekendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollega/person på din arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fremmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

96. 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. Portoen er betalt. Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.

+

+

TAK FOR HJÆLPEN!

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten – portoen er betalt.

Blandt alle besvarelserne bliver der trukket lod om tre pengepræmier på henholdsvis 5.000 kr., 3.000 kr. og 1.000 kr. Vinderne får direkte besked pr. brev i maj 2021.

Vi glæder os til at modtage dine svar...

