

HVORDAN HAR DU DET?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne i Region Nordjylland 2017



Spring turen til
postkassen over.
Udfyld spørgeskemaet
på nettet:
www.svar2017.dk

Dit svar hjælper os med at få et indblik i den nordjyske sundhed og trivsel.
Den viden bruger vi til at forbedre forebyggelsen og behandlingen af
sygdomme i din kommune og region.

Brugernavn:

Adgangskode:



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

Om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge sundhed, trivsel og sygdom hos borgerne i Region Nordjylland. Resultaterne bliver brugt i den løbende indsats for at forbedre sundheden i din kommune og region.

Undersøgelsen er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Dele af de indsamlede data vil desuden indgå i den landsdækkende undersøgelse, som udføres af Statens Institut for Folkesundhed, som beskriver sundhedstilstanden i Danmark.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke, hvorefter de afgivne oplysninger vil blive slettet.

Til brug for forskning og for at mindske antallet af spørgsmål henter vi oplysninger om lægebesøg, indlæggelse på sygehus og andre oplysninger om helbredsforhold fra sundhedsvæsenets godkendte databaser.

Dine svar behandles fortroligt. Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet, der har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af dit privatliv. Region Nordjylland er dataansvarlig. Undersøgelsen laves af Region Nordjylland, Niels Bohrs Vej 30, 9220 Aalborg Øst.

Du har fået et brugernavn og en adgangskode, der er angivet både på spørgeskemaets forside og på følgebrevet. Ved hjælp af numrene får du mulighed for at besvare spørgeskemaet på www.svar2017.dk. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har modtaget svar fra.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. Præmierne er beskrevet på spørgeskemaets bagside.

Du kan få mere at vide om undersøgelsen på www.rn.dk/sundhedsprofil, hvor du også kan finde svar på oftest stillede spørgsmål. Du kan også kontakte vores hotline på tlf. 51 36 97 14 mandag-torsdag kl. 12-21 samt fredag-søndag kl. 11-17, eller sende os en mail på minsundhed@rn.dk

Venlig hilsen - Sundhedsprofilteamet, Region Nordjylland

Sådan udfylder du spørgeskemaet

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

Sæt tydeligt X

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

Tallene skrives i felterne

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

RIGTIGT!

Ja Nej

Ja Nej

0 2 år

4
 1 2 år

FORKERT!

Ja Nej

Ja Nej
 →

2 år

1 4 år

Måske er du en af de heldige vindere? Skriv din e-mail adresse eller telefonnummer her, så kontakter vi dig direkte, hvis du udtrækkes som vinder af en af præmierne. Skriv venligst med blokbogstaver.

E-mail/telefonnummer:

Vi videregiver IKKE dine kontaktoplysninger til andre

Køn og alder

1. Er du:

Mand	<input type="checkbox"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>

2. Hvornår er du født?

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

Helbred og trivsel

3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



4. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <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"/>

10. Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre?*(Kun ét X)*

Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, af og til	<input type="checkbox"/>
Nej (næsten aldrig)	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

Her er lidt flere spørgsmål til dit helbred. Det kan være, at du oplever, at du allerede tidligere i spørgeskemaet har svaret på spørgsmålene, men disse fem spørgsmål er vigtige for at kunne lave internationale sammenligninger om livskvalitet. Vi vil derfor bede dig om også at svare på de følgende spørgsmål om helbred.

11. Hvordan vurderer du din helbredstilstand?**Bevægelighed***(Kun ét X)*

Jeg har ingen problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at gå omkring	<input type="checkbox"/>
Jeg er bundet til sengen	<input type="checkbox"/>

Personlig pleje*(Kun ét X)*

Jeg har ingen problemer med min personlige pleje	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke vaske eller klæde mig på	<input type="checkbox"/>

Sædvanlige aktiviteter

(f.eks. arbejde, studie, husarbejde, familie eller fritidsaktiviteter)

(Kun ét X)

Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter	<input type="checkbox"/>

Smerter/ubehag*(Kun ét X)*

Jeg har ingen smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har moderate smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>
Jeg har ekstreme smerter eller ubehag	<input type="checkbox"/>

Angst/depression*(Kun ét X)*

Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	<input type="checkbox"/>
Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	<input type="checkbox"/>
Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	<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 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 irritations-momenter?	<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"/>



Symptomer og ubehag

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



(Sæt ét X i hver linje)

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

- 14.** Har du taget smertestillende håndkøbsmedicin inden for de seneste 4 uger? (Kun ét X)

	Nej	Ja, 1-7 dage i alt	Ja, 8-14 dage i alt	Ja, 15-28 dage i alt
	<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.

	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
(Sæt ét X i hver linje)					
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet <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 ryg sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

17. 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 19
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 19
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 21
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 21



18. 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"/>

19. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 21
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"/>	

20. 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"/>

Passiv rygning

21. 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

22. 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"/>	→ Gå til spørgsmål 25
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25
Nej, jeg har aldrig brugt dem	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25

31. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?Ja Nej **32. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?**

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

ANTAL GENSTANDE

	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller 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

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

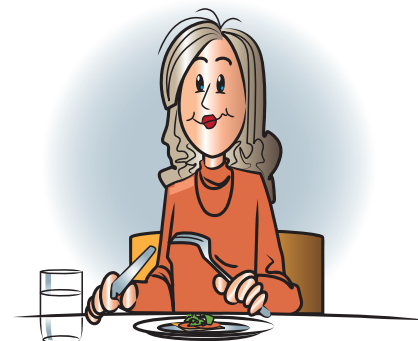
(Kun ét X)

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

34. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug? (Kun ét X)Ja Nej Ved ikke

Kost

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



35. 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"/>

36. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(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
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"/>

37. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

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

38. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

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

39. 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"/>
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

40. 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"/>

41. Vil du gerne spise mere sundt? (Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

Bevægelse i dagligdagen

FYSISK AKTIVITET I FRITIDEN

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

**42. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?**

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

timer og

minutter pr. uge

- 43. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).**

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

timer og minutter pr. uge

STILLESIDDENDE TID

- 44. 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.

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

FYSISK AKTIVITET OG BEVÆGELSE

- 45. 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"/>

FYSISK BELASTNING I HOVEDBESKÆFTIGELSE

- 46. Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse?**

(Kun ét X)

Hovedsageligt stillesiddende arbejde som ikke kræver kropslig anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Arbejde, som i stor udstrækning udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver kropslig anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	<input type="checkbox"/>
Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>
Er ikke i arbejde	<input type="checkbox"/>

- 47. Vil du gerne være mere fysisk aktiv? (Kun ét X)**

Ja Nej Ved ikke

Søvn

48. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét X)

Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>



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

<input type="text"/>	timer og	<input type="text"/>	minutter pr. døgn
----------------------	----------	----------------------	-------------------

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

(Kun ét X)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Ikke i de seneste 4 uger	Mindre end 1 gang om ugen	1-2 gange om ugen	3 eller flere gange om ugen
Har du haft svært ved at vågne, når du skulle op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft svært ved at falde i søvn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du brugt sovemedicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været så søvnig, at du har haft svært ved at lave dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

Kontakt med sundhedsvæsenet

56. 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 58

57. 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"/>

I nogle af de næste spørgsmål møder du ordet ”sundhedsprofessionelle”. Hermed mener vi praktiserende læger, andre læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og andre professionelle, som du møder i sundhedsvæsnet, eller som du får råd fra om sundhed.


58. Angiv hvor let eller svært du finder følgende – tænk på dine erfaringer:

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

59. Angiv hvor enig eller uenig du er i følgende udsagn – tænk på dine erfaringer:

(Sæt ét X i hver linje)

	Meget uenig	Uenig	Enig	Meget enig
Der er mindst én sundhedsprofessionel, som kender mig godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er mindst én sundhedsprofessionel, jeg kan tale med om mine helbredsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har adgang til sundhedsprofessionelle, der kan hjælpe mig med at finde ud af, hvad jeg skal gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er mindst én sundhedsprofessionel, jeg kan regne med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontakt med andre mennesker

60. Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?

(Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.)

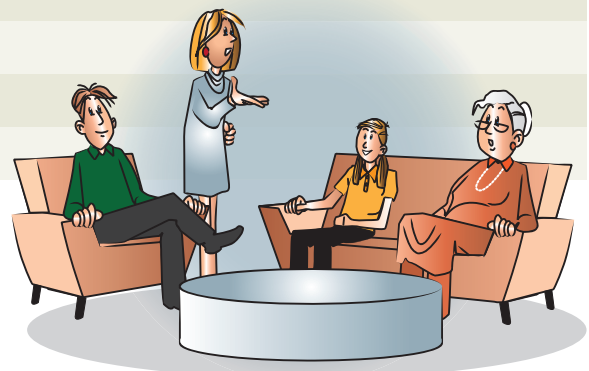
(Sæt ét X i hver linje)

	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"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer, du mest kender fra internettet (mail, sociale medier og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. 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"/>



62. 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, nogen gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

63. 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"/>

Foreningsliv og frivilligt arbejde

64. Deltager du i foreningsliv eller frivilligt arbejde indenfor ét eller flere af de følgende områder?*(Sæt ét X i hver linje)*

	Ja, dagligt	Ja, ugentligt men ikke hver dag	Ja, månedligt men ikke hver uge	Ja, men deltager sjældent/er medlem	Nej, deltager aldrig/er ikke medlem
Et politisk parti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fagforening, erhvervsorganisation, eller en faglig sammenslutning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialt arbejde (for ældre, handicappede, socialt udsatte o. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uddannelse eller undervisning (skolebestyrelse o. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolig og lokalsamfund (beboerforening, grundejerforening o. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturbeskyttelse, miljø, økologi og dyrebekyttelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomsarbejde (f.eks. spejdere, ungdomsklubber o.lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport og idræt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sundhed og sygdom (patientforeninger o. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturområdet (kunstforening, musikforening o. lign.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre frivillige foreninger eller sammenslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tillid

65. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

(Sæt ét X i hver linje)	Meget enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Ved ikke
Man kan stole på de fleste mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan ikke være forsigtig nok, når man har med andre mennesker at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Hvor stor en tillid har du til følgende institutioner/personer i samfundet?

(Sæt ét X i hver linje)	Meget stor tillid	Ganske stor tillid	Ikke særlig stor tillid	Ingen tillid	Ved ikke
Sundhedsvæsenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De sociale myndigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domstolene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folketinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massemedier, TV, aviser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. I hvor høj grad stoler du på forskellige personer?

(Sæt ét X i hver linje)	Stoler helt og holdent på dem	Stoler en del på dem	Stoler ikke ret meget på dem	Stoler overhovedet ikke på dem	Ved ikke/ikke relevant
Personer, du arbejder sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer fra din bebyggelse / kvarter / lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dig og dit lokalområde

Med lokalområde menes den bydel, landsby eller det kvarter, du bor i.

68. Føler du dig tæt knyttet til dit lokalområde?

(Kun ét X)

Ja, stærkt tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Ja, til en vis grad tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Nej, ikke specielt tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Nej, slet ikke tilknyttet	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

69. Hvor tryk føler du dig ved at gå tur alene i dit lokalområde efter mørkets frembrud?

(Kun ét X)

Meget tryk	<input type="checkbox"/>
Ret tryk	<input type="checkbox"/>
Ret utryk	<input type="checkbox"/>
Meget utryk	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

70. Er der noget, du personligt savner i det område, hvor du bor?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej
Flere gangstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere cykelstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for udendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere muligheder for indendørs motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere legepladser til børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud til unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere fritidstilbud til ældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlige forhold

71. 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"/>

72. 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"/>

73. Har du fuldført en uddannelse udover 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"/>

74. Er du under uddannelse?

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



75. Er du i arbejde?

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

→ **Gå til spørgsmål 77**

Dit arbejde

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

(Sæt ét X i hver linje)	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig/ Næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og dit privatliv, sådan at du helst vil være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af <u>din energi</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af <u>din tid</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger din familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sådan alt i alt...

77. Alt taget i betragtning - hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?

(1 betyder meget utilfreds og 10 betyder meget tilfreds).

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meget utilfreds									Meget tilfreds
Ved ikke <input type="checkbox"/>									

MANGE TAK FOR HJÆLPEN

Når du svarer, deltager du i lodtrækningen om mange præmier:

5 vindere af
supergavekort:
1 x 6000 kr.
1 x 4000 kr.
3 x 2000 kr.

3 personer
vinder
et supergavekort på
2000 kr., hvis de svarer
indenfor 14 dage

Udfylder du
spørgeskemaet på
nettet, har du mulighed
for at vinde et af 75
supergavekort
på 150 kr.

Supergavekortet kan bruges
i mere end 150 landsdækkende
butikker og på spændende oplevelser.

Læs mere om supergavekortet på:
[www.gavekortet.dk/
supergiftcard.aspx](http://www.gavekortet.dk/supergiftcard.aspx)

Husk at du let kan udfylde og sende dit spørgeskema elektronisk på www.svar2017.dk

Du kan læse mere om undersøgelsen på www.rn.dk/sundhedsprofil og finde svar på de oftest stillede spørgsmål.

Vinderne udtrækkes i maj måned og får direkte besked.

Har du spørgsmål til undersøgelsen kan du kontakte os på mail: minsundhed@rn.dk eller ringe til vores hotline på tlf. 51 36 97 14, man- torsdag kl. 12-21 samt fre-søndag kl. 11-17

Illustrationer i skemaet: Hans Henrik Ruus
Dele af spørgeskemaet er belagt med ophavsrettigheder.

