

Hvordan har du det?

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

2006



**REGION
MIDTJYLLAND**
Under dannelse

Formålet med undersøgelsen er at beskrive sundhedstilstanden blandt voksne i Region Midtjylland. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Har man udfyldt spørgeskemaet, kan man endvidere til enhver tid anmode om at udgå af undersøgelsen og få sine data slettet.

For at mindske antallet af spørgsmål henter vi oplysninger om lægebesøg, indlæggelse på sygehus, receptmedicin og andre oplysninger om helbredsforhold fra sundhedsvæsenets databaser.

Dine svar beskyttes af lov om behandling af personoplysninger. Det betyder, at alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik. Resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Nummeret øverst på side 28 er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret. For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor en påmindelse til alle, vi ikke har modtaget svar fra efter to uger.

Vi trækker lod om tre præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse:

1. præmie: 6.000 kr. 2. præmie: 4.000 kr. 3. præmie: 2.000 kr.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 86 10 11 51 (man-fre 10-15) eller sende en e-mail til hdd@ag.aaa.dk

Med venlig hilsen

Finn Breinholt Larsen
Projektansvarlig

Louise Nordvig
Projektkoordinator

Dorte Søe
Projektsekretær

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Brug venligst en **sort** eller **blå kuglepen** eller **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!	
Ja	Nej	Ja	Nej
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sæt tydelige kryds **X**

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

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

Tallene skrives i felterne

<input type="text" value="02"/>	år	<input type="text" value="2"/>	år
<input type="text" value="4"/>			

Tallene **rettes** ved helt at overstreges det forkerte tal og skrives det rigtige ovenover

<input type="text" value="1"/>	år	<input type="text" value="19"/>	år
--------------------------------	----	---------------------------------	----

Har du svært ved at læse?



Ring på **20 22 16 16** og få hjælp til at udfylde skemaet

Er du

Mand

Kvinde

Hvornår er du født?

Dato Måned Ar

Skriv

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)

Fremragende

Vældig godt

Godt

Mindre godt

Dårligt

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 X i hver linje)

Ja, meget begrænset Ja, lidt begrænset Nej, slet ikke begrænset

Lette aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle

At gå flere etager op ad trapper

Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Sæt X i hver linje)

Hele tiden Det meste af tiden Noget af tiden Lidt af tiden På intet tidspunkt

Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville

Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde, eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre

Har du inden for **de sidste 4 uger** haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter **på grund af følelsesmæssige problemer**?

(Sæt X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Lidt

Noget

En hel del

Virkelig meget

Hvor stor en del af tiden i **de sidste 4 uger**:

(Sæt 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"/>

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 (fx besøge venner, slægtninge osv.)?

(Kun ét X)

Hele tiden

Det meste af tiden

Noget af tiden

Lidt af tiden

På intet tidspunkt

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

Nej, jeg har ikke brug for hjælp Gå til spørgsmål

Ja, jeg har brug for hjælp

Hvad har du brug for hjælp til?

(Sæt ét eller flere X)
Jeg har brug for hjælp til at...

Lave mad	<input type="checkbox"/>	Jeg får ingen hjælp	<input type="checkbox"/>
Spise	<input type="checkbox"/>	Lave mad	<input type="checkbox"/>
Vaske mig	<input type="checkbox"/>	Spise	<input type="checkbox"/>
Klæde mig på	<input type="checkbox"/>	Vaske mig	<input type="checkbox"/>
Købe ind	<input type="checkbox"/>	Klæde mig på	<input type="checkbox"/>
Betale regninger	<input type="checkbox"/>	Købe ind	<input type="checkbox"/>
Gøre rent	<input type="checkbox"/>	Betale regninger	<input type="checkbox"/>
Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>	Gøre rent	<input type="checkbox"/>
Gå til læge	<input type="checkbox"/>	Besøge bekendte	<input type="checkbox"/>
Gå en tur	<input type="checkbox"/>	Gå til læge	<input type="checkbox"/>
Andet, skriv hvad:	<input type="checkbox"/>	Gå en tur	<input type="checkbox"/>

Hvad får du hjælp til?

(Sæt ét eller flere X)
Jeg får hjælp til at...

Hvem hjælper dig?

(Sæt ét eller flere X)

Min familie

Ven, veninde

Nabo

Hjemmehjælp, plejepersonale

En besøgsven

Andre

Jeg får ingen hjælp

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

(Sæt X i hver linje)	Nej	Ja, lidt generet	Ja, meget generet
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<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"/>
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i maven eller oppustet mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, hård eller tynd mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivssmerter, kraftige menstruationssmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at holde på vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at komme af med vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed eller søvnbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hududslet, hudkløe eller eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsgener trods briller / linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høregener eller nedsat hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

– skriv hvad: _____

Her er en liste over forskellige helbredsproblemer og sygdomme. Angiv ved hver sygdom om du har den nu eller har haft den tidligere.

	(Kun ét X i hver linje)			(Kun ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, har haft det tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
				JA	NEJ
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina)	<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, leddegigt	<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"/>
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"/>
Forbigående psykisk lidelse (fx let depression eller angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser	<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"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre langvarige sygdomme nu, eller har du haft det tidligere?

	Jeg har det nu	Jeg har haft det tidligere	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
			JA	NEJ
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du hæmmet i din daglige udfoldelse af sygdom, skader eller eftervirkninger af disse?

(Kun ét X)

- Nej
- Ja, en smule en gang imellem
- Ja, en smule hele tiden
- Ja, meget en gang imellem
- Ja, meget hele tiden

Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for den sidste måned.

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Hvor ofte er du blevet bragt ud af det, over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de vigtige ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du oplevet, 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"/>
Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte har du følt, at problemer hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ryger du?

(Kun ét X)

- Ja, hver dag
- Ja, mindst én gang om ugen Gå til spørgsmål
- Ja, men sjældnere end hver uge Gå til spørgsmål
- Nej, jeg ryger ikke Gå til spørgsmål

Hvor meget ryger du i løbet af et døgn?

- Antal cigaretter
- Antal cerutter
- Antal cigarer
- Antal pibestop

Hvor lang tid går der fra du vågner, til du ryger dagens første cigaret (cerut, cigar, pipe)?

(Kun ét X)

- Højest 5 minutter
- 6-30 minutter
- 31-60 minutter
- Over 60 minutter

Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

(Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en ca. alder)

- Skriv alder år
- I hvor mange år har du i alt røget dagligt? Skriv antal år

Hvor mange gange har du prøvet at holde op med at ryge?

(Kun ét X)

- Aldrig
- 1 gang
- 2 gange
- 3-5 gange
- 6 eller flere gange

Vil du gerne holde op med at ryge?

Ja

Nej Gå til spørgsmål

Ved ikke

Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det? Fx rygestopkursus, støtte fra din læge, akupunktur.

Ja Gå til spørgsmål

Nej Gå til spørgsmål

Har du tidligere røget hver dag?

Nej, jeg har aldrig røget hver dag Gå til spørgsmål

Ja, jeg har tidligere røget hver dag

Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

(Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en ca. alder)

Skriv alder år

Hvornår holdt du op med at ryge dagligt?

Skriv årstal

Skriv måned, hvis det er inden for de seneste 12 måneder

I hvor mange år har du i alt røget dagligt?

Skriv antal år

Hvor meget plejede du at ryge pr. dag?

Antal cigaretter

Antal cerutter

Antal cigarer

Antal pibestop

Synes du, at rygning på følgende steder skal være tilladt, begrænset eller forbudt?

(Sæt X i hver linje)

	Tilladt overalt	Begrænset til enkelte områder	Helt forbudt
Folkeskoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejdspladser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygehuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Værtshuse og caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butikcentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrætsskubber / sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Børnehaver / vuggestuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offentlige kontorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du en ægtefælle / samlever, der ryger?

Ja

Nej

Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, nogle gange om ugen

Ja, men sjældnere end hver uge

Nej, aldrig eller næsten aldrig

Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?

(Kun ét X)

Jeg arbejder ikke

Det er tilladt at ryge overalt

Rygning er begrænset til enkelte rygeområder

Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs

Rygning er kun tilladt udendørs

Rygning er helt forbudt

Har du drukket alkohol inden for det sidste år?

Ja

Nej Gå til spørgsmål side 12

Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja

Nej

Er der nogen der, inden for det sidste år, har "brøkket" sig over, at du drikker for meget?

Ja

Nej

Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja

Nej

Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja

Nej

Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja

Nej

Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Kun ét X)

0-1 dag 2 dage 3 dage 4 dage 5 dage 6 dage 7 dage



Hvor mange genstande drikker du sædvanligvis om ugen?

(Kun ét X)

Under 2 genstande

2-7 genstande

8-14 genstande

15-21 genstande

22-30 genstande

Over 30 genstande

Hvor tit drikker du ved en enkelt lejlighed 5 genstande eller flere?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt

Ugentligt

Månedligt

Sjældent

Aldrig

Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 3 år
(fra starten af 2003 til nu)?

Ja
Nej Gå til spørgsmål

Har din egen læge i løbet af de seneste 3 år rådet dig til

(Sæt X i hver linje)

	Ja	Nej	Husker 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 mere 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 mere med ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tænk på de seneste 3 år: Har du fået fysisk genoptræning for noget,
du har fejlet?

Ja
Nej Gå til spørgsmål

Var du tilfreds med den genoptræning du fik?

Ja, helt tilfreds
Ja, men jeg kunne godt have brugt noget mere
Nej

– skriv hvorfor: _____

Tænk på de seneste 3 år: Har du haft brug for fysisk genoptræning
uden at kunne få det?

Nej
Ja

– skriv hvilke færdigheder du havde brug for at få genoptrænet (fx gang på trapper
eller påklædning): _____

Sæt kryds ved de svar, som passer bedst til dine spisevaner.

Hvor ofte spiser du følgende slags brød?

(Sæt 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
Rugbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst franskbrød, boller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groft franskbrød, grovboller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof?

(Sæt 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine	<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"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt 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
Mager ost (30+ eller derunder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fed ost (45+ eller derover)	<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"/>
Kødpålæg, leverpostej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt 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, lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ	<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-, vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsager i sammenkogte eller wokretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

(Sæt 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flydende margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården o.lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindruekerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madolie, salatolie, rapsolie	<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, fx fordi du får mad udefra, sæt X her

Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

(Kun ét X)

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

Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm

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

Skriv vægt kg

Hvordan vurderer du selv din vægt?

- Den er for lav Gå til spørgsmål
- Den er tilpas Gå til spørgsmål
- Den er lidt for høj
- Den er alt for høj

Vil du gerne tabe dig?

- Ja, i høj grad
- Ja, i nogen grad
- Nej
- Ved ikke

Det følgende handler om, hvor meget du bevæger dig såvel på arbejde som i fritiden. Med bevægelse menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter. Der tænkes altså *ikke* kun på motion, idræt eller lignende.

Arbejde eller anden daglig beskæftigelse – det seneste år

(Kun ét X)

- Sidder mest
- Sidder ned halvdelen af tiden
- Står mest
- Går mest, løfter, bærer lidt
- Går mest, løfter, bærer meget
- Har hårdt fysisk arbejde



Gang og cykling – det seneste år

(Kun ét X)

- Næsten aldrig
- Mindre end 20 min. pr. dag
- 20-39 min. pr. dag
- 40-59 min. pr. dag
- 1-1½ time pr. dag
- 1½-2 timer pr. dag
- Mere end 2 timer pr. dag



Hus- og havearbejde – det seneste år

(Kun ét X)

- Mindre end 1 time pr. dag
- 1-2 timer pr. dag
- 2-3 timer pr. dag
- 3-4 timer pr. dag
- 4-5 timer pr. dag
- 5-6 timer pr. dag
- Mere end 6 timer pr. dag

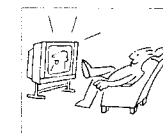


I fritiden – det seneste år

Sidder, ser TV, læser

(Kun ét X)

- Mindre end 1 time pr. dag
- 1-2 timer pr. dag
- 2-3 timer pr. dag
- 3-4 timer pr. dag
- 4-5 timer pr. dag
- 5-6 timer pr. dag
- Mere end 6 timer pr. dag



Dyrker motion (udover det du har angivet som gang og cykling i spørgsmålene)

(Kun ét X)

- Mindre end 1 time pr. uge
- 1-2 timer pr. uge
- 2-3 timer pr. uge
- 3-4 timer pr. uge
- 4-5 timer pr. uge
- Mere end 5 timer pr. uge



Hvor mange timers søvn får du i døgnet?

Antal timer



Hvordan vurderer du din fysiske form alt i alt?

(Kun ét X)

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Mindre god
- Dårlig



Kunne du tænke dig at være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)

- Ja
- Nej
- Ved ikke

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

Nej

Ja

– skriv hvad: _____

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter – fx motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid.

(Kun ét X)

Ingen dage	<input type="checkbox"/>	4 dage	<input type="checkbox"/>
1 dag	<input type="checkbox"/>	5 dage	<input type="checkbox"/>
2 dage	<input type="checkbox"/>	6 dage	<input type="checkbox"/>
3 dage	<input type="checkbox"/>	Hver dag	<input type="checkbox"/>

Er du inden for det seneste år blevet udsat for trusler om vold, som var så alvorlige, at du blev bange?

Ja Nej

Er du inden for det seneste år blevet udsat for fysisk vold?

Ja Nej Gå til spørgsmål

Hvis ja, hvor skete det?

På arbejde eller uddannelsessted	<input type="checkbox"/>
I hjemmet	<input type="checkbox"/>
Hjemme hos en anden	<input type="checkbox"/>
På offentligt sted, værtshus, i tog eller bus	<input type="checkbox"/>
Andet sted	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, medførte overgrebet skader, som måtte behandles af en læge?

Ja Nej

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.

Venner og bekendte

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

Familie som du ikke bor sammen med

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

Hvor tit bliver du inviteret af andre?

(Kun ét X)

Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om ugen	<input type="checkbox"/>
1 eller 2 gange om måneden	<input type="checkbox"/>
Sjældnere	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

Sker det nogensinde, at du er alene, selv om 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"/>

Har du inden for de sidste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de følgende ting?

(Sæt X i hver linje)	Nej	Ja, lidt	Ja, en del	Ja, meget
Din økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din boligsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til din partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forholdet til familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har sat X ved "Andre belastninger"

– skriv hvad: _____

De følgende spørgsmål handler om den hjælp og støtte, som du regner med at kunne få fra dine venner, familie og bekendte i forskellige situationer.

Har du nogen, som du kan tale med om dine helt personlige bekymringer?

(Kun ét X)	
Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

Hvis du bliver syg, er der så nogen, der kan hjælpe dig med dine daglige gøremål?

(Kun ét X)	
Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

Har du et kæledyr, som du føler dig knyttet til?

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

Har du nogen, du kan spørge til råds om, hvordan du skal klare problemer, der opstår i familien?

(Kun ét X)	
Ja, altid	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Nej, som regel ikke	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig	<input type="checkbox"/>

Har du inden for det seneste år foretaget dig nogle af de følgende ting i din fritid?

(Sæt X i hver linje)	Dagligt	En eller flere gange om ugen	En eller flere gange om måneden	Ca. hver anden måned	Sjældent eller aldrig
Gået på aftenskole, daghøjskole, til foredrag eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været med i bestyrelse i forening, daginstitution, skole m.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taget en uddannelse i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrket sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udført frivilligt arbejde som træner, spejderleder, besøgsven eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået på restaurant, værtshus eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i teater, til koncert på udstilling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i biografen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overværet sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i religiøse aktiviteter, herunder gudstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i socialt samvær i lokalcenter, beboerforening, pensionistklub, bankospil, bowling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til fest eller sammenkomst med familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunget i kor eller spillet sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til møder i faglige eller politiske foreninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du skal være væk i nogle uger, kender du så nogen, der kan se efter dit hus eller din lejlighed? Se efter blomsterne, kæledyr, haven osv.

(Kun ét X)

- Ja, altid
- Ja, for det meste
- Nej, som regel ikke
- Nej, aldrig

Hvordan synes du din trivsel og livskvalitet er alt i alt?

(Kun ét X)

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig

Er du alene, gift eller har en fast samlever?

Jeg er gift og lever sammen med min ægtefælle

Jeg har en fast samlever, vi er ikke gift

Jeg er alene og har ikke tidligere været gift eller haft en fast samlever

Jeg er alene efter at være blevet enke eller enkemand

– skriv hvornår du blev alene årstal

Jeg er alene, efter at være blevet skilt eller separeret fra min ægtefælle

– skriv hvornår du blev alene årstal

Jeg er alene, efter at samlivet med min samlever er ophørt

– skriv hvornår du blev alene årstal

Andet

– skriv hvad: _____

Har du børn? Både børn der bor hjemme og børn, der ikke bor hjemme.

Ja

Nej

Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

Skriv antal

Når du tæller dig selv med, hvor mange personer på 16 år og derover bor der i din husstand?

Skriv antal

Hvilken skoleuddannelse har du? (Sæt X ved den længste du har fuldført)

7 års skolegang eller mindre

8-9 års skolegang

10 års skolegang

Studentereksamen, HF, HH, HTX eller tilsvarende

Andet

– skriv hvad: _____

Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

Nej Gå til spørgsmål

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

Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller EFG-uddannelse)

Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedsassistent, politibetjent, tekniker, merkonom)

Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)

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

Anden uddannelse

Hvad er din uddannelse mere præcist?

– skriv hvad: _____

Hvad er din nuværende erhvervmæssige stilling?

Hvis du er i beskæftigelse nu eller sygemeldt... (Sæt kun ét X)

- Specialarbejder eller ufaglært Gå til spørgsmål side 25
- Faglært arbejder Gå til spørgsmål side 25
- Funktionær eller tjenestemand Gå til spørgsmål side 25
- Selvstændig erhvervsdrivende Gå til spørgsmål side 25
- Medhjælpende ægtefælle Gå til spørgsmål side 25
- Lærling, elev Gå til spørgsmål side 25
- Anden beskæftigelse

– skriv hvad: _____ Gå til spørgsmål side 25

Hvis du ikke er i beskæftigelse nu... (Sæt kun ét X)

- Arbejdsløs med understøttelse
- Førtidspensionist
- Pensionist (folkepension m.v.)
- Efterlønsmodtager eller på overgangsydelse
- På kontanthjælp
- Hjemmegående (uden andet arbejde)
- På orlov (barselsorlov, uddannelsesorlov m.v.)
- Under uddannelse

– skriv hvad: _____

Andet

– skriv hvad: _____

De følgende spørgsmål skal kun udfyldes, hvis du ikke er i beskæftigelse nu, ellers Gå til spørgsmål side 25

Har du tidligere haft hovedbeskæftigelse som lønmodtager, selvstændig eller medhjælpende ægtefælle?

- Nej Gå til spørgsmål side 27
- Ja

Hvornår var du sidst i beskæftigelse?

År Måned

Hvad var din sidste beskæftigelse?

- Specialarbejder eller ufaglært
- Faglært arbejder
- Funktionær eller tjenestemand
- Selvstændig erhvervsdrivende
- Medhjælpende ægtefælle
- Lærling, elev
- Andet

– skriv hvad: _____

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

– skriv hvad: _____

Var du offentlig ansat i din sidste beskæftigelse?

- Ja
- Nej

Var din sidste beskæftigelse et lederjob?

- Nej Gå til spørgsmål side 27
- Ja, jeg havde 1-9 underordnede Gå til spørgsmål side 27
- Ja, jeg havde 10-19 underordnede Gå til spørgsmål side 27
- Ja, jeg havde 20 underordnede eller mere Gå til spørgsmål side 27

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

– skriv hvad: _____

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

(Sæt 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"/>
Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skal du overskue mange ting på én gang i dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du husker meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du er god til at få idéer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du tager svære beslutninger?	<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 privatliv, sådan at du helst ville 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 din energi , 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 din tid , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger 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"/>

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

Er du offentlig ansat?

Ja
Nej

Har du et lederjob?

Nej
Ja, mellem 1-9 underordnede
Ja, mellem 10-19 underordnede
Ja, 20 underordnede eller mere

Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

timer om ugen

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

Nej
Ja, en smule
Ja, en del
Ja, meget

Har din ægtefælle / samlever arbejde?

Jeg har ingen ægtefælle / samlever
Nej
Ja

Hvad er hans / hendes stilling? _____

Hvor mange timer arbejder han / hun om ugen? Skriv antal timer

Hvordan vil du beskrive det område, du bor i?

By (1.000 indbyggere eller flere)
Landsby (under 1.000 indbyggere)
Landområde
Andet

– skriv hvad: _____

Ejer du selv eller andre i din husstand

	JA	NEJ
...den bolig, du bor i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...en bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke indkomstkilder har du for tiden?

(Sæt X i hver linje)

	JA	NEJ
Lønindkomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre erhvervsindtægter (indtægter fra egen virksomhed m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshedsunderstøttelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontanthjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orlovsydelse (barsels-, forældre-, uddannelsesorlov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uddannelsesstøtte, elevløn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

– skriv hvad: _____

Hvor stor var din og din husstands indkomst i 2005 før skat og andre fradrag (bruttoindkomst)?

Din egen indkomst		Din husstands indkomst (incl. din egen indkomst)	
0 - 99.000 kr.	<input type="checkbox"/>	0 - 99.000 kr	<input type="checkbox"/>
100.000 - 149.000 kr	<input type="checkbox"/>	100.000 - 149.000 kr	<input type="checkbox"/>
150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>	150.000 - 249.000 kr.	<input type="checkbox"/>
250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>	250.000 - 374.000 kr.	<input type="checkbox"/>
375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>	375.000 - 524.000 kr.	<input type="checkbox"/>
525.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>	525.000 kr. og derover	<input type="checkbox"/>

Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan det gøres her:

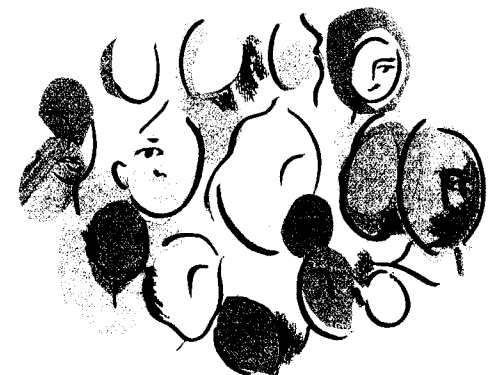


Illustration: Hanne Ravn Hermansen

Tak for hjælpen!

Riv denne side af.
Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten,
portoer er betalt.

Afdeling for Folkesundhed, Århus Amt, som i den nye region får status som Kompetencecenter for Folkesundhed, koordinerer undersøgelsen. Det er kun forskere herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet anonymt.

Du kan læse mere om undersøgelsen på Afdelingen for Folkesundheds hjemmeside: www.sundhed.dk/info/folkesundhed

Se også Region Midtjyllands hjemmeside: www.regionmidtjylland.dk

På hjemmesiderne vil der løbende blive orienteret om undersøgelsen og dens resultater.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, er du velkommen til at ringe på telefon 86 10 11 51 (man-fre 10-15) eller sende en e-mail til hhdd@ag.aaa.dk



Viborg, 22. februar 2006

Kære borger

Du er én af 31.500 borgere i den nye Region Midtjylland, som modtager spørgeskemaet om sundhed og helbred: **Hvordan har du det?**

Det er vigtigt, at indsatsen for at forbedre sundheden bygger på viden om de faktiske forhold. Vi beder dig derfor besvare en række spørgsmål om dit helbred og din trivsel. Oplysningerne skal bruges til at beskrive **sundhedsvaner, sygelighed og trivsel** i de enkelte kommuner og i hele Region Midtjylland.

Du er tilfældigt udvalgt til undersøgelsen blandt alle 25-79 årige borgere i regionen. Det er naturligvis frivilligt at deltage og din besvarelse vil blive behandlet fortroligt. Jo flere, der besvarer spørgsmålene, jo mere anvendelig bliver undersøgelsen. Vi håber derfor, at du vil tage dig tid til at udfylde spørgeskemaet og sende det tilbage.

Ved at besvare spørgeskemaet giver du et **meget vigtigt bidrag** til at afdække behovet for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning, så vi kan arbejde mere målrettet og effektivt til gavn for alle borgere.

Sundhedsprofilen vil være til stor hjælp, når regionen skal planlægge sundhedsarbejdet. Men også kommunerne, som i fremtiden får flere opgaver på sundhedsområdet, vil med denne undersøgelse få en uvurderlig viden og et godt grundlag for at fremme folkesundheden. På forhånd tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Formand for Forberedelsesudvalget

Århus Amt, Ringkjøbing Amt og dele af Viborg Amt og Vejle Amt sammenlægges den 1.1.2007 til Region Midtjylland. Det nyvalgte regionsråd fungerer i 2006 som forberedelsesudvalg, der skal planlægge aktiviteterne i regionen.