

VESTLIV SPØRGESKEMA

Vi vil bede dig udfylde dette skema og
indsende det i vedlagte svarkuvert.

Du kan læse mere i det vedlagte brev.

På forhånd tak.

The logo for VestLiv, featuring the word "VestLiv" in a white, sans-serif font. The "Vest" part is on a dark blue rectangular background, and the "Liv" part is on a white background. The logo is positioned in the lower center of the page, overlaid on a large, faint, light gray circular graphic that contains a white geometric pattern of intersecting lines.

Vejledning til udfyldelse af spørgeskema

Kære deltager

Læs venligst nedenstående information **inden** du går i gang.

Da svarene bliver aflæst elektronisk, beder vi dig udfylde skemaet tydeligt:

- Benyt en **blå** eller **sort** kuglepen (ikke blyant)
- Skriv **tallene**, så de ligner nedenstående eksempler (hvis spørgsmålene skal besvares med tal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hvis du laver en forkert afkrydsning, skal du blot strege det forkerte ud og sætte et nyt kryds.

Eksempel:

- **Korrekt** afkrydsning:
- **Fortrudt** afkrydsning:

Hvis spørgsmålene skal besvares med tekst, bedes du benytte **BLOKBOGSTAVER** og skrive inden for det markerede tekstfelt. Tekst uden for feltet bliver ikke registreret.

Når du har besvaret spørgeskemaet, sendes det retur i den vedlagte frankerede svarkuvert.

På forhånd tak for din hjælp.

I forbindelse med denne 4. indsamlingsrunde tilbyder vi mulighed for at deltage i en mere omfattende lægeundersøgelse, hvor du vil kunne få råd og vejledning om dit helbred. Undersøgelsen vil blive foretaget på sygehuset i Herning og vil have en varighed på ca. 3 timer.

Er du interesseret i at deltage, bedes du sætte et kryds

Ja

Nej

Ved ikke, vil gerne høre nærmere

Familie og fritid

Hvem bor du sammen med?

Jeg bor alene	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Min kæreste/ægtefælle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Venner/i bofællesskab/delt bolig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Mit barn/mine børn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Mit stedbarn/mine stedbørn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Andre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Hvis andre, angiv hvem

Jeg bor sammen med:



Hvor enig eller uenig er du i de følgende udsagn om det sted du bor?

Jeg har meget til fælles med de folk, der bor i mit lokalområde	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Jeg føler mig hjemme i det område, hvor jeg bor	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Det ville ærgre mig, hvis jeg blev nødt til at flytte væk fra de mennesker, der bor i mit lokalområde	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Folk i mit lokalområde er meget villige til at hjælpe hinanden	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Om natten er det trygt og sikkert at gå rundt i det område, hvor jeg bor	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Jeg savner det område jeg bor i, når jeg er væk for længe af gangen	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Jeg tænker ikke så meget over det sted, jeg bor	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig
Jeg kan godt lide den måde husene og naturen ser ud på, der hvor jeg bor	<input type="checkbox"/> Helt enig	<input type="checkbox"/> Delvis enig	<input type="checkbox"/> Hverken enig eller uenig	<input type="checkbox"/> Delvis uenig	<input type="checkbox"/> Helt uenig

Mener du at de fleste mennesker, i det store og hele, er til at stole på, eller kan man ikke være for forsigtig, når man har med andre mennesker at gøre?

Sæt ét kryds:	Kan ikke være for forsigtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De fleste er til at stole på
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



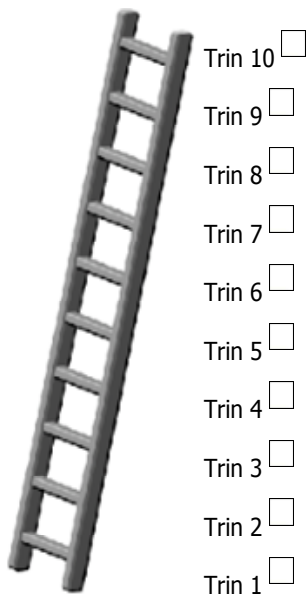
Prøv at tænke på stigen herunder som et billede af det danske samfund.

Øverst på stigen er de mennesker, som klarer sig bedst - de har flest penge, de længste uddannelser og et arbejde, som respekteres mest af andre.

Nederst på stigen er de mennesker, som klarer sig dårligst - de har færrest penge, korteste eller ingen uddannelse, ikke noget job eller et job, som ingen vil have.

Tænk på dig selv og dem, du bor sammen med.

Sæt ét kryds, på det trin på stigen, hvor du mener, at du/I befinder jer i forhold til andre familier i Danmark.



Hvor ofte vil du have mulighed for at få hjælp til følgende opgaver af dem du kender (familie, venner, bekendte). Her tænkes på personer udover dem du bor sammen med.

Ville en af disse personer kunne...

Passe dit barn, fx. hvis det bliver sygt?	<input type="checkbox"/> Ja, altid/som regel	<input type="checkbox"/> Ja, sommetider	<input type="checkbox"/> Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig/sjældent	<input type="checkbox"/> Ikke relevant
Gøre nogle indkøb, hente dine børn eller sørge for andre praktiske ting i hjemmet, hvis du fx. er sløj eller har travlt?	<input type="checkbox"/> Ja, altid/som regel	<input type="checkbox"/> Ja, sommetider	<input type="checkbox"/> Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig/sjældent	<input type="checkbox"/> Ikke relevant

Er der i din familie eller i din omgangskreds personer:

Som vil kunne hjælpe dig med at finde et job, hvis det bliver nødvendigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Som vil kunne låne dig et større pengebeløb, hvis du skulle få brug for det (fx 50.000kr.?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt

Højde og vægt

Hvad er din højde i cm

cm:

Hvad er din vægt i kg

kg:

I hvilken grad har du inden for de sidste 7 dage, inklusive i dag, været plaget af:

Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
Svimmelhed eller tilløb til at besvime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
Smerte i hjerte eller bryst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
Kvalme eller uro i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget

I løbet af den seneste uge, hvor meget har du haft følgende følelser?

Jeg var glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Nogle gange	En hel del
Jeg følte, folk var uvenlige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Nogle gange	En hel del
Jeg følte mig trist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Nogle gange	En hel del
Jeg kunne ikke komme i gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Nogle gange	En hel del



Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i nakke eller skuldre inden for de sidste 12 måneder?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Meget lidt	Lidt	Noget	En hel del	Meget	Særdeles meget

Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i albuer, underarme eller hænder inden for de sidste 12 måneder?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Meget lidt	Lidt	Noget	En hel del	Meget	Særdeles meget

Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i lænderyggen inden for de sidste 12 måneder?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Meget lidt	Lidt	Noget	En hel del	Meget	Særdeles meget

Hvor meget har du alt i alt været generet af smerter eller ubehag i hofter, knæ eller fodled inden for de sidste 12 måneder?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Meget lidt	Lidt	Noget	En hel del	Meget	Særdeles meget



Har du af en læge fået at vide, at du har én eller flere af følgende sygdomme?

Astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Eksem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Høfeber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Depression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Angst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ADHD/DAMP	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sukkersyge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Underlivssygdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Mave-/tarm sygdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Andre sygdomme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



I løbet af den sidste måned, hvor ofte har du taget smertestillende medicin (her tænkes på håndkøbsmedicin)

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Flere gange om dagen	Én gang om dagen	2-6 gange om ugen	1-4 gange om måneden	Mindre end én gang om måneden	Aldrig

Hvad synes du om dit liv i det hele taget? Jeg har det...

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fantastisk	Rigtig godt	For det meste godt	Blandet	For det meste dårligt	Rigtigt dårligt	Forfærdeligt

I løbet af de sidste 4 uger, hvor meget har du...

Følt dig nedtrykt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Haft en følelse af ingenting at være værd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Haft en følelse af at være fanget i en fælde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Følt dig ensom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Haft selvbeprejdelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Tænkt på at tage dit eget liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget



Hvor mange timer om ugen plejer du at motionere eller dyrke sport, hvor du bliver forpustet eller kommer til at svede? (inklusive evt. cykeltur til og fra skole/arbejde osv.)

Ingen

Ca. ½
time

Ca. 1
time

Ca. 2 - 3
timer

Ca. 4 - 6
timer

Ca. 7 -
10 timer

11 timer
eller mere

På en almindelig dag, hvor meget tid bruger du i alt foran en skærm (Fx. en computer, bærbar, Ipad, TV el.lign.), fordelt på hhv. arbejde og fritid?

Arbejde	<input type="checkbox"/> Slet ingen	<input type="checkbox"/> Mindre end 1 time om dagen	<input type="checkbox"/> 1 - 3 timer	<input type="checkbox"/> 4 - 6 timer	<input type="checkbox"/> 7 timer eller mere
Fritid	<input type="checkbox"/> Slet ingen	<input type="checkbox"/> Mindre end 1 time om dagen	<input type="checkbox"/> 1 - 3 timer	<input type="checkbox"/> 4 - 6 timer	<input type="checkbox"/> 7 timer eller mere

I løbet af en almindelig dag hvor ofte anvender du din mobiltelefon (fx. sociale medier, mail)?

Slet ikke

Ca. 1 gang i timen
eller mindre

Ca. 2 - 3 gange
i timen

Ca. 4 - 6 gange
i timen

Mere end 7
gange i timen

Hvor lang transporttid har du til og fra arbejde eller uddannelse på en typisk hverdag (fx. bil, bus, tog)?

Timer:

Minutter:

Ryger du?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Ja dagligt	<input type="checkbox"/> Ja, ikke dagligt, men mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/> Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/> Nej, men jeg har røget tidligere	<input type="checkbox"/> Nej, jeg har aldrig røget
--------------------	--	--	--	--	---

Hvor mange genstande drikker du normalt i løbet af en uge? (En genstand svarer til en øl eller et glas vin)

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-7	<input type="checkbox"/> 8-14	<input type="checkbox"/> 15-21	<input type="checkbox"/> 22-28	<input type="checkbox"/> 29-35	<input type="checkbox"/> Over 35
--------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------



I hvor høj grad plejer du at gøre følgende, når du oplever problemer?

Jeg gør noget, der kan få mig til at tænke mindre på det, såsom at se en film, dagdrømme eller sove	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg prøver at se lyst på det, der sker	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg drikker alkohol eller bruger stoffer for at få det bedre	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg overvejer nøje, hvilke skridt jeg skal tage	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg forsøger at se det fra en anden vinkel, så det virker mere positivt	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg handler i et forsøg på at forbedre situationen	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg søger hjælp eller råd om, hvad der skal gøres	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg holder op med at tackle det	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg beskæftiger mig med noget andet for ikke at tænke på det	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg koncentrerer mig om at gøre noget ved situationen	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg forsøger at finde en strategi rettet mod det	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig
Jeg opgiver at håndtere det	<input type="checkbox"/> Meget	<input type="checkbox"/> En hel del	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Aldrig



Har du oplevet en eller flere af følgende alvorlige begivenheder inden for de senere år?

Er du blevet skilt/separeret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du været anholdt af politiet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du været udsat for en alvorlig ulykke eller været alvorligt syg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du mistet én, der stod dig nær på grund af et dødsfald?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft store økonomiske problemer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har nogen i din nærmeste familie været udsat for en alvorlig ulykke eller været ramt af alvorlig sygdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Er du blevet overfaldet/fysisk angrebet/voldtaget?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du eller din kæreste været igennem en abort?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har nogen der står dig nær haft et alkohol- eller stofmisbrug?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Er du blevet fyret fra dit arbejde, eller er du blevet sagt op fra din praktikplads?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



Hvor ofte inden for den sidste måned...

Er du blevet overværet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt dig nervøs og stresset?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt dig sikker på dine evner til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt, at tingene gik, som du ønskede det?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du været i stand til at håndtere ting, som irriterer dig?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt, at du havde styr på tingene	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Er du blevet vred over ting, du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte
Har du følt, at vanskelighederne hobe sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> Næsten aldrig	<input type="checkbox"/> Ind imellem	<input type="checkbox"/> Ret ofte	<input type="checkbox"/> Meget ofte



Om din hverdag:

Hvor tit gør du ting, som du selv synes er meningsfulde?	<input type="checkbox"/> Meget ofte	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hvor tit føler du, at du er ligeglad med det, der sker omkring dig?	<input type="checkbox"/> Meget ofte	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hvor tit har du følelsen af, at det du foretager dig, er uden mening?	<input type="checkbox"/> Meget ofte	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig

Hvad synes du om din hverdag?	<input type="checkbox"/> Meget spændende	<input type="checkbox"/> Spændende	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Kedelig	<input type="checkbox"/> Meget kedelig
-------------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Hvor enig eller uenig er du i hvert af de følgende udsagn?

Jeg synes, at jeg har nogle gode egenskaber	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig
Jeg synes, at jeg er mindst lige så meget værd som andre	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig
Jeg kan gøre ting lige så godt som de fleste andre	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig
Jeg har et positivt syn på mig selv	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig
Alt i alt er jeg tilfreds med mig selv	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig
Alt i alt er jeg tilbøjelig til at føle mig som en fiasko	<input type="checkbox"/> Meget enig	<input type="checkbox"/> Enig	<input type="checkbox"/> Uenig	<input type="checkbox"/> Meget uenig

Har du som person tendens til at være bekymret, nervøs eller lidt sortseende?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Slet ikke	<input type="checkbox"/> Meget lidt	<input type="checkbox"/> Lidt	<input type="checkbox"/> Noget	<input type="checkbox"/> En del	<input type="checkbox"/> Ret meget	<input type="checkbox"/> Meget
--------------------	---------------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------



Hvad er din beskæftigelse i øjeblikket? Sæt ét kryds

Du er i arbejde eller under uddannelse

Ja

Nej

Du er (Sæt ét kryds)

- Almindelig lønmodtager
- Lønmodtager med personaleansvar
- Selvstændig
- Medhjælpende ægtefælle
- Studerende med fritidsarbejde mindst 8 timer pr. uge
- Elev/lærling (lære- eller praktikplads)
- Job med løntilskud
- Skånejob
- Flexjob
- Under uddannelse (SU, studerende uden fritidsjob eller med fritidsjob under 8 timer pr. uge)
- Ledig
- Andet, der ikke er arbejde eller uddannelse

Hvis du har sat kryds ved "ledig" eller "andet, der ikke er arbejde eller uddannelse" gå videre til side 23. Hvis du har sat kryds ved "Under uddannelse (SU, studerende uden fritidsjob eller med fritidsjob under 8 timer pr. uge)" er du nu færdig med at besvare spørgeskemaet.

Hvad arbejder du som?

Skriv stillingsbetegnelse og antal timer per uge for de jobs du arbejder mest i (hvis du har flere jobs end der er plads til, så skriv de jobs, du bruger mest tid på hver uge)

Hovedbeskæftigelse:

Timer:

Job 2:

Timer:

Job 3:

Timer:

Job 4:

Timer:



De følgende spørgsmål drejer sig om din primære arbejdsplads

I din hovedbeskæftigelse er du da:

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Fastansat	<input type="checkbox"/> Midlertidig/Kontraktansat
--------------------	---------------------------------------	---

Hvor mange timer om ugen arbejder du i gennemsnit hjemmefra (ud af din samlede angivelse på den forrige side)?

Timer:

Hvor længe har du været ansat på den arbejdsplads, hvor du arbejder?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Under 3 måneder	<input type="checkbox"/> 3 måneder op til 12 måneder	<input type="checkbox"/> 1 - 3 år	<input type="checkbox"/> Mere end 3 år
--------------------	---	---	--------------------------------------	---

På hvilket tidspunkt af døgnet arbejder du sædvanligvis i din hovedbeskæftigelse? Sæt kun ét kryds

- Fast dagarbejde (overvejende mellem kl. 06 og 18)
- Fast aftenarbejde (overvejende mellem kl. 15 og 24)
- Skiftende arbejdstider med natarbejde
- Skiftende arbejdstider uden natarbejde

Arbejde og privatliv

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"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <u>energi</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din <u>tid</u> , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Siger din familie eller venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad



Hvor stor en del af din arbejdstid...

Sidder du?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Går eller står du?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Gør du de samme armbevægelser mange gange i minuttet?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Laver du fysisk hårdt arbejde?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig

Hvor stor en del af din arbejdstid er du udsat for...

Støj, der er så høj, at du må råbe for at tale sammen med en, der står lige ved siden af dig?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Støj, der forstyrrer dig i dit arbejde (fx. andre menneskers tale, ventilation, trafik)?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Kraftige vibrationer, der rammer hele kroppen (fx. traktor, truck el. lign.)?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
At have våde eller fugtige hænder?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hudkontakt med kemikalier (fx. rengøringsmidler og desinfektionsmidler)?	<input type="checkbox"/> Næsten hele tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 3/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/2 af tiden	<input type="checkbox"/> Ca. 1/4 af tiden	<input type="checkbox"/> Sjældent	<input type="checkbox"/> Aldrig



Hvor krævende synes du alt i alt dit arbejde er?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Særdeles krævende	<input type="checkbox"/> Meget krævende	<input type="checkbox"/> Ret krævende	<input type="checkbox"/> Noget krævende	<input type="checkbox"/> Ikke så krævende	<input type="checkbox"/> Meget lidt krævende
--------------------	---	--	--	--	--	---

Hvor stor synes du alt i alt din arbejdsbyrde er?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Særdeles stor	<input type="checkbox"/> Meget stor	<input type="checkbox"/> Ret stor	<input type="checkbox"/> Moderat stor	<input type="checkbox"/> Ikke så stor	<input type="checkbox"/> Ret lille
--------------------	---	--	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------

Hvor stor indflydelse har du normalt på tilrettelæggelsen og udførelsen af dit arbejde?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget stor	<input type="checkbox"/> Ret stor	<input type="checkbox"/> Moderat stor	<input type="checkbox"/> Ikke så stor	<input type="checkbox"/> Ret lille	<input type="checkbox"/> Meget lille
--------------------	--	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------	---

Har du normalt tilstrækkeligt med tid og ressourcer til at løse dine arbejdsopgaver tilfredsstillende?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> I nogen grad	<input type="checkbox"/> I mindre grad	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
--------------------	--	--	--	---	--	--

Hvordan er stemningen og det psykiske arbejdsklima normalt på din arbejdsplads?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget god	<input type="checkbox"/> Ret god	<input type="checkbox"/> Nogenlunde god	<input type="checkbox"/> Ikke så god	<input type="checkbox"/> Ret dårlig	<input type="checkbox"/> Meget dårlig
--------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--	---	--	--

Er dit arbejde sædvanligvis stimulerende, udviklende og engagerende?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> I nogen grad	<input type="checkbox"/> I mindre grad	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
--------------------	--	--	--	---	--	--

Synes du alt i alt din arbejdsindsats bliver tilstrækkelig værdsat?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> I nogen grad	<input type="checkbox"/> I mindre grad	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
--------------------	--	--	--	---	--	--

Hvor stor lyst har du normalt til at tage på arbejde?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget stor lyst	<input type="checkbox"/> Ret stor lyst	<input type="checkbox"/> Nogen lyst	<input type="checkbox"/> Nogen ulyst	<input type="checkbox"/> Ret stor ulyst	<input type="checkbox"/> Meget stor ulyst
--------------------	---	---	--	---	--	--



Er dit normale daglige arbejde krævende på en spændende og udfordrende måde?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Altid	<input type="checkbox"/> Næsten altid	<input type="checkbox"/> Som regel	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Sjældent/aldrig
--------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Rolleklarhed

Er der klare mål for dit eget arbejde?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Ved du nøjagtigt, hvad der forventes af dig i dit arbejde?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad

Er du alt i alt tilfreds med den måde din arbejdsplads ledes på?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> I nogen grad	<input type="checkbox"/> I mindre grad	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
--------------------	--	--	--	---	--	--

Er dit normale daglige arbejde stressende på en ubehagelig måde?

(sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Altid	<input type="checkbox"/> Næsten altid	<input type="checkbox"/> Som regel	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Sjældent/aldrig
--------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Hvor tilfreds er du alt i alt med dit arbejde?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget tilfreds	<input type="checkbox"/> Ret tilfreds	<input type="checkbox"/> Tilfreds	<input type="checkbox"/> Lidt utilfreds	<input type="checkbox"/> Ret utilfreds	<input type="checkbox"/> Meget utilfreds
--------------------	--	--	--------------------------------------	--	---	---

Hvor tilfreds er du alt i alt med de fysiske rammer og faciliteter på arbejdspladsen?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget tilfreds	<input type="checkbox"/> Ret tilfreds	<input type="checkbox"/> Tilfreds	<input type="checkbox"/> Lidt utilfreds	<input type="checkbox"/> Ret utilfreds	<input type="checkbox"/> Meget utilfreds
--------------------	--	--	--------------------------------------	--	---	---



De følgende spørgsmål handler om tillid mellem dig og dine kollegaer på din arbejdsplads

Stoler de ansatte i almindelighed på hinanden?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Har du tillid til dine kollegers evne til at gøre arbejdet godt?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Kan du give udtryk for dine meninger og følelser over for dine nærmeste kollegaer?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Holder du og dine kolleger hinanden underrettet om ting, der er vigtige, for at I kan udføre arbejdet godt?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer

De følgende spørgsmål handler om retfærdighed på arbejdspladsen

B bliver konflikter løst på en retfærdig måde?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Tager ledelsen de ansattes synspunkter med i betragtning, når der træffes beslutninger?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
B bliver alle der påvirkes af en given beslutning hørt?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Er det muligt at ændre væsentlige beslutninger?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
B bliver væsentlige beslutninger taget på grundlag af den rette information?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Kan man få en detaljeret redegørelse for grundlaget for beslutninger?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
B bliver du respekteret af ledelsen på din arbejdsplads?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
Gør ledelsen på din arbejdsplads urimelig forskel på medarbejderne?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer
B bliver du behandlet retfærdigt på din arbejdsplads?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad	<input type="checkbox"/> Har ingen kollegaer



Hvor ofte er du, inden for de seneste 6 måneder, blevet udsat for noget af følgende i forbindelse med dit arbejde:

At nogen tilbageholder information, som påvirker din arbejdsindsats?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At der bliver spredt sladder og rygter om dig?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At blive ignoreret, udelukket fra eller frosset ude af det sociale fællesskab?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At blive mindet om dine fejltagelser eller "bommerter"	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At nogen fornærmer eller håner dig som person (fx dine vaner og baggrund), dine holdninger eller dit privatliv?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At blive ignoreret eller mødt med fjendtlighed, når du henvender dig til andre?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
At blive råbt ad eller blive mål for spontan vrede (eller raserianfald)?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig
Grov spøg fra folk, som du ikke kommer så godt ud af det med?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Sjældnere	<input type="checkbox"/> Aldrig



Ved mobning menes, at man gentagne gange bliver udsat for ubehagelig eller nedværdigende behandling, som det er svært at forsvare sig imod.

Hvor ofte har du, indenfor de seneste 6 måneder, oplevet følgende på din arbejdsplads:

Selv været udsat for mobning?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Aldrig
Været vidne til, at en person er blevet udsat for mobning?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Aldrig
Selv mobbet eller været med til at mobbe?	<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Ugentligt	<input type="checkbox"/> Månedligt	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/> Aldrig

De følgende spørgsmål handler om utryghed i arbejdet

Er du bekymret for at blive arbejdsløs	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Er du bekymret for, at det kan blive svært at finde et nyt job, hvis du bliver arbejdsløs?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad
Er du bekymret for, at du mod din vilje forflyttes til andet arbejde?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I lav grad	<input type="checkbox"/> I meget lav grad



Følgende spørgsmål skal besvares hvis du ikke er under uddannelse og ikke er i arbejde lige nu

Hvis ikke du er under uddannelse eller i arbejde lige nu, hvad beskriver da bedst din status? (Sæt ét kryds)

- Ude at rejse
- På barsel
- Indsat i fængsel
- Ledig i A-kasse regi/Ledig i kommunalt regi (fx. kontanthjælp)
- Sygemeldt som forsikret ledig/sygemeldt som ledig i kommunalt regi
- Under revalidering
- Førtidspensionist
- Hjemmegående/selvforsørgende
- Går på højskole
- Går på daghøjskole
- Går på produktionsskole
- Andet, beskriv:

Har du kontakt med en sagsbehandler?

Nej

Ja, én

Ja, flere

Hvis ja, hvor tilfreds har du været med din kontakt med kommunens sagsbehandlere alt i alt?

(sæt kun ét kryds)

Meget tilfreds

Tilfreds

Hverken tilfreds eller utilfreds

Utilfreds

Meget utilfreds

Er du pt. i gang med en aktivitet eller en beskæftigelsesrettet indsats efter aftale med kommunen/sagsbehandleren/el lign?

- Nej
- Ja



Hvis ja, i hvilken grad:

Har dine egne ønsker spillet en rolle ved valg af aktivitet/indsats?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
Har du lyst til at møde op til den aktivitet/indsats, du har fået tilbudt?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
Er aktiviteten/indsatsen meningsfuld?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
Vurderer du, at du har mulighed for at lære noget nyt gennem dit tilbud?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
Bliver din indsats anerkendt fra tilbuddets nærmeste leder?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad
Bliver du behandlet retfærdigt i det tilbud, du har fået?	<input type="checkbox"/> I meget høj grad	<input type="checkbox"/> I høj grad	<input type="checkbox"/> Delvist	<input type="checkbox"/> I ringe grad	<input type="checkbox"/> I meget ringe grad

Hvor tilfreds er du alt i alt med din aktivering?

(Sæt kun ét kryds)	<input type="checkbox"/> Meget tilfreds	<input type="checkbox"/> Tilfreds	<input type="checkbox"/> Hverken/eller	<input type="checkbox"/> Utilfreds	<input type="checkbox"/> Meget utilfreds
--------------------	--	--------------------------------------	---	---------------------------------------	---

Du har nu besvaret spørgeskemaet og vi takker for din besvarelse



Tak for din besvarelse.

Returneres til:
AmbuFlex
Gl. Landevej 61
7400 Herning

