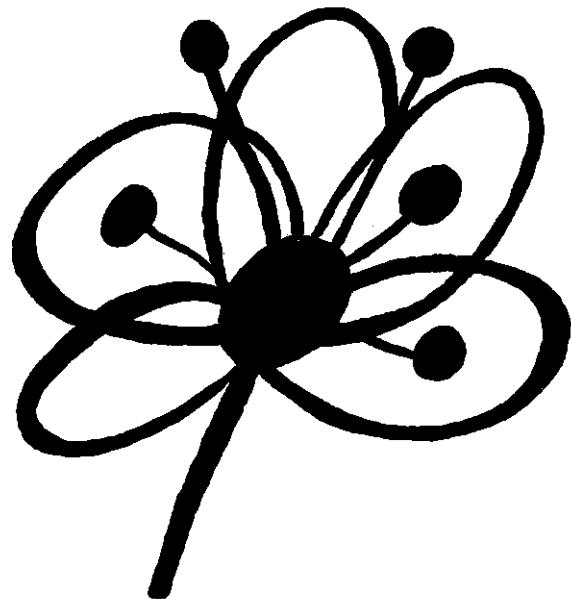


Lbnr: \_\_\_\_\_

Mærkat fra blodprøve-  
seddel klæbes ind her



Interviewer \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Start på interview \_\_\_\_\_

Slut på interview \_\_\_\_\_

**Udfyldes af intervieweren**

Cpr.: \_\_\_\_\_

Alder: \_\_\_\_\_

Køn: \_\_\_\_\_

Bopæl: \_\_\_\_\_

## Først vil jeg gerne stille nogle spørgsmål om dig selv

### 1. Er du gift?

- ugift (= aldrig gift) .....  1  
gift .....  2 → gå til spm. 3  
separeret .....  3  
skilt .....  4  
enke/enkemand .....  5

### 2. Bor du i et fast parforhold, uden at I er gift?

- ja .....  1  
nej .....  2

H4, H5

### 3. Hvilken skoleuddannelse har du? (sæt kryds ved den højeste uddannelse)

- går stadig i skole .....  1  
8. klasse eller mindre .....  2  
9.-12. klasse, realexamen .....  3  
studentereksamen, HF, GU .....  4

H28

### 4. Har du fuldført en eller flere uddannelser?

- ja .....  1  
nej .....  2

Skriv navnet på uddannelsen/eksamen

---

---

H29

**5. Hvordan er du beskæftiget for øjeblikket?**

**VIS KORT 1**

	dig selv	ægtefælle/ partner
fuldtids lønarbejde .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
deltids lønarbejde .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
lejlighedsvis lønarbejde .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
selvstændig (bortset fra fangst og fiskeri) .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
selvstændig fanger/fisker .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
hjemmegående .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
pensionist .....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
arbejdsløs .....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
bistandshjælp .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
studerende .....	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
andet, hvad: _____	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11

H49

- 6a. Hvad er din stilling? (Anføres nøjagtigt: f.eks. sundhedsmedhjælper, ikke bare "arbejder på sygehuset"; butiksmedhjælper, ikke bare "arbejder i en butik")**

---

---

- 6b. Hvad er din ægtefælles/samlevers stilling?**

---

---

H31a-b

- 7. Hvor mange værelser er der i din bolig? (køkken, bad, entré o.l. skal ikke tælles med)**

\_\_\_\_\_ antal værelser

H34

**8. Hvor mange bor der i boligen? \_\_\_\_\_ voksne og \_\_\_\_\_ børn under 18 år**

H35

**9. Hvilke af følgende ting findes i dit hjem?**

**VIS KORT 2**

	ja	nej
a. video/DVD .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. computer .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. telefon (fastnet) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. mobiltelefon .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. køleskab .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. mikrobølgeovn .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. vaskemaskine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h. opvaskemaskine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
i. jolle eller båd .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
j. hundespand og slæde .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
k. snescooter eller terrængående scooter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
l. bil .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
m. internetadgang .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

H37

**Nu følger nogle spørgsmål om din opvækst og om sprog**

**10. Hvor lang tid har du boet her i [navnet på byen eller bygden]?**

\_\_\_\_\_ år

hele livet .....  98

I01

**11. I hvilken by eller bygd boede din mor, dengang du blev født?**

(Skriv navnet på byen eller bygden)

**12. Hvor boede du, da du var 10 år: \_\_\_\_\_**

(Skriv navnet på byen eller bygden)

H45, 47

**13. Hvor er din far og mor født?**

bygd i Grønland .....  
by i Grønland .....  
ikke i Grønland .....  
ved ikke .....

a.	b.
far	mor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

H48

**14. Hvad var din fars og mors arbejde, da du var 10 år?**

fanger/fisker (heltids) .....  
lønarbejde kombineret med fangst/fiskeri .....  
heltids lønarbejde .....  
  
selvstændig .....  
husmor/fangerkone/hjemmegående .....  
andet, hvad? .....  
ved ikke .....

a.	b.
far	mor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

H49

**15. Vil du selv betegne dig som grønlænder eller dansker?**

grønlænder .....  
dansker .....  
både grønlænder og dansker .....  
andet, hvad? .....  
ved ikke .....

<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5

H50

**16. Er eller var dine bedsteforældre grønlændere eller danskere?**

	grønlænder	andet	dansker eller ved ikke
a. mormor .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
b. morfar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
c. farmor .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
d. farfar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8

H51

**17. Hvor godt taler du grønlandsk og dansk?**

	a. grønlandsk	b. dansk
uden besvær .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
nogenlunde .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
vanskeligt .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
slet ikke .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

H52

**18. Hvor godt læser du grønlandsk og dansk?**

	a. grønlandsk	b. dansk
uden besvær .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
nogenlunde .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
vanskeligt .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
slet ikke .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

H52

**De næste spørgsmål handler om den by eller bygd, hvor du bor, og om det du foretager dig sammen med din familie og venner og andre mennesker**

**19. Hvor ofte deltager du i fritidsaktiviteter sammen med andre mennesker (f.eks. sport, foreningsliv eller aftenskole, men du skal ikke inkludere bingospil i dette spørgsmål)**

dagligt eller næsten dagligt .....	<input type="checkbox"/> 1
1 eller 2 gange om ugen .....	<input type="checkbox"/> 2
1 eller 2 gange om måneden .....	<input type="checkbox"/> 3
sjældnere .....	<input type="checkbox"/> 4
aldrig .....	<input type="checkbox"/> 5

- 20. Hvor ofte deltager du i aktiviteter, hvor flere mennesker i fællesskab laver noget, der kommer hele byen eller bygden til gode? (du skal ikke inkludere bingospil i dette spørgsmål)**

dagligt eller næsten dagligt .....  1  
1 eller 2 gange om ugen .....  2  
1 eller 2 gange om måneden .....  3  
sjældnere .....  4  
aldrig .....  5

- 21. Hvor stærk er følelsen af fællesskab og sammenhold i din by eller bygd?**

meget stærk .....  1  
stærk .....  2  
hverken stærk eller svag .....  3  
svag .....  4  
meget svag .....  5

- 22. Hvor ofte synes du, at du har nogen, som du kan have det sjovt med?**

altid .....  1  
for det meste .....  2  
nogen gange .....  3  
sjældent .....  4  
aldrig .....  5

- 23. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte?**

ja, altid .....  1  
ja, for det meste .....  2  
ja, nogen gange .....  3  
nej, aldrig eller næsten aldrig .....  4

**24. Er der nogen i din familie eller blandt dine venner, der kræver for meget af dig i din hverdag?**

- ja, altid .....  1  
ja, for det meste .....  2  
ja, nogen gange .....  3  
nej, aldrig eller næsten aldrig .....  4

**25. Er du nogensinde alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?**

- nej .....  1  
ja, men sjældent .....  2  
ja, en gang imellem .....  3  
ja, ofte .....  4

S46

**26. Under normale omstændigheder hvor ofte er du sammen med familie eller venner? Spørgsmålet gælder ikke de mennesker, du bor sammen med.**

- |                                    | a.<br>familie              | b.<br>venner               |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| dagligt eller næsten dagligt ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 1 eller 2 gange om ugen .....      | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 1 eller 2 gange om måneden .....   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| sjældnere .....                    | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| aldrig .....                       | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |

P70

**De næste spørgsmål handler om, hvad du spiser**

**27. Først vil jeg spørge om, hvor ofte du spiser grønlandske fødevarer.**

Nr.	Fødevare	Hvor ofte i sæsonen*	Hvor lang er sæsonen?	Portions-størrelse	
<b>Sæl og hval (kogt, stegt eller frosset)</b>					
1	Sælkød				spæk 0 ½ 1
2	Hvidhval og narhval				
3	Andre hvaler , f.eks. finhval, sildepisker				
4	Hvalros				
5	Når du spiser sæl, hval og hvalros, hvor meget spiser du så?				
6	Indvolde af sæl				Hvilke:
7	Mattak				
<b>Fisk (kogt, stegt eller frosset)</b>					
8	Torsk				
9	Hellefisk				
10	Ammassat				
11	Ørred, laks				
12	Andre fisk				
13	Muslinger, rejer, krabbe				
14	Når du spiser fisk, hvor meget spiser du så?				
<b>Andet</b>					
15	Rensdyrkød, moskuskød				
16	Rensdyr indvolde				
17	Alk				
18	Ederfugl				
19	Andet fuglevildt				
20	Når du spiser fuglevildt, hvor meget spiser du så?				
21	Æg fra vilde fugle			stk.	
22	Bær				
<b>Tørret kød og fisk</b>					
23	Tørret sæl og hvalkød				
24	Tørret rensdyrkød				
25	Tørret fisk (ammassat, torsk uvaq)				
26	Når du spiser tørret kød og fisk, hvor meget spiser du så?				
27	Spæk (frosset, saltet)				

\* D=antal gange om dagen; U=antal gange om ugen; M=antal gange om måneden; Å=antal gange om året.  
0=slet ikke.

**27. Nu vil jeg spørge om, hvor ofte du spiser andre fødevarer.**

Nr.	Fødevarer	Hvor ofte i den seneste måned*	Portionsstørrelse
<b>Kød</b>			
28	Oksekød		
29	Svinekød, f.eks. koteletter, flæskesteg		
30	Lam		
31	Fjerkræ (kylling, kalkun, and)		
32	Frikadeller, pølser		
33	Færdigretter (på dåse, frosne)		
<b>Pålæg</b>			
34	Kødpålæg, leverpostej		
35	Fiskepålæg, sild, fisk på dåse		
36	Æg		
<b>Frugt</b>			
37	Æbler, pærer, bananer		
38	Appelsiner, grapefrugt		
39	Anden frisk frugt		
40	Dåsefrugt		
41	Frugtjuice		glas
<b>Grøntsager</b>			
42	Blandede grøntsager/frosne suppeurter		
43	Kartofler		
44	Gulerødder		
45	Kål (f.eks. hvidkål, rødkål, blomkål, broccoli)		
46	Tomat		
47	Andre grøntsager		
<b>Mælkeprodukter</b>			
48	Sødmælk		glas
49	Letmælk, skummet mælk		glas
50	Yoghurt, A38, ymer		
51	Ost		
52	Is, flødeis		

\* D=antal gange om dagen; U=antal gange om ugen; M=antal gange om måneden; 0=slet ikke.

**27. fortsat....**

Nr.	Fødevare	Hvor ofte i den seneste måned*	Portionsstørrelse
<b>Brød mv.</b>			
53	Franskbrød, lyst		skiver
54	Franskbrød, groft		skiver
55	Rugbrød		skiver
56	Fedtstof smurt på brød		
57	Cornflakes, Guldkorn, andre morgenmadsprodukter		
58	Havregryn, havregrød		
59	Spaghetti, pasta		
60	Ris		
61	Bønner, ærter, kikærter o.l.		
<b>Kager og slik</b>			
62	Kager, wienerbrød, småkager		
63	Slik (chokolade, marsbar, vingummi, lakrids, bolcher)		
64	Syltetøj, marmelade, honning		
65	Sodavand, cola, saftevand (almindelig)		flasker à ml
66	Sodavand, cola (light)		flasker à ml
<b>Diverse</b>			
67	Pizza, burger		
68	Pommes frites		
69	Franske kartofler, chips		
70	Kaffe og te		kopper/dag
71	Sukker i kaffe og te		teskefulde/kop

\* D=antal gange om dagen; U=antal gange om ugen; M=antal gange om måneden; 0=slet ikke.

**28. Hvor ofte tager du forskellige kosttilskud som f.eks. vitaminpiller?**

aldrig .....  2

Navn på kosttilskud	Hvor ofte i den seneste måned?	Mængde
1		
2		
3		
4		
5		

**29. Hvilken slags fedtstof bruger du som regel?**

	til madlavning	på brød
jeg bruger ikke fedt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
smør/kærgården .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
svinefedt .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
palmin .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
plantemargarine .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
margarine (hård) .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
olie, hvilken?: _____	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
andet, hvad?: _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
ved ikke .....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

**30. Hvordan spiser du som regel säl og hval? (sæt evt. flere krydser)**

a. stegt på pande .....	<input type="checkbox"/> 1
b. kogt .....	<input type="checkbox"/> 1
c. stegt i ovn .....	<input type="checkbox"/> 1
d. rå, frosset, tørret .....	<input type="checkbox"/> 1
e. ved ikke .....	<input type="checkbox"/> 8

**31. Hvordan spiser du som regel andre slags kød? (sæt evt. flere krydser)**

a. stegt på pande .....	<input type="checkbox"/> 1
b. kogt .....	<input type="checkbox"/> 1
c. stegt i ovn .....	<input type="checkbox"/> 1
d. rå, frosset, tørret .....	<input type="checkbox"/> 1
e. ved ikke .....	<input type="checkbox"/> 8

**32. Spiser du mere eller mindre af følgende i forhold til for 5 år siden?**

	det samme	lidt mere	så meget mere	dobbeltså eller mindre	lidt mindre	halvt så eller mindre
a. sælkød .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
b. hvalkød .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
c. fuglevildt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
d. fisk .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

I31

**33. Hvor ofte har du i de seneste tre måneder spist et hovedmåltid, der stammer fra din egen eller din families fangst eller fiskeri?**

hver dag .....	<input type="checkbox"/> 1
4-6 gange om ugen .....	<input type="checkbox"/> 2
1-3 gange om ugen .....	<input type="checkbox"/> 3
2-3 gange om måneden .....	<input type="checkbox"/> 4
sjældnere .....	<input type="checkbox"/> 5
aldrig .....	<input type="checkbox"/> 6

H19

**De næste spørgsmål handler om dit helbred**

**34. Hvordan synes du, at dit helbred er?**

virkeligt godt .....	<input type="checkbox"/> 1
godt .....	<input type="checkbox"/> 2
nogenlunde .....	<input type="checkbox"/> 3
dårligt .....	<input type="checkbox"/> 4
meget dårligt .....	<input type="checkbox"/> 5

H6

- 35. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af disse former for smerter eller ubehag? (sæt et kryds i hver af linjerne a-p)**

**VIS KORT 3**

	nej <input type="checkbox"/> 1	har været lidt generet <input type="checkbox"/> 2	har været meget generet <input type="checkbox"/> 3
a. smerter eller ubehag i skulder eller nakke .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. smerter eller ubehag i ryg og lænd .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. hovedpine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. hurtig hjertebanken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. ængstelse, nervøsitet, uro og angst .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. søvnbesvær, søvnproblemer .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. træthed .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. mavesmerter, ondt i maven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. underlivsgener (smerter, kløe, udflåd) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. eksem, hududslæt, kløe .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
n. forkølelse, snue, hoste .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
o. åndedrætsbesvær, forpustethed .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
p. tandpine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

H8

- 36. Har du inden for de sidste 14 dage haft svært ved at foretage dig det, du plejer, på grund af sygdom, tilskadekomst eller andre lidelser?**

ja, antal dage \_\_\_\_\_  1  
nej .....  2

**37. Har du en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, et handicap eller en anden langvarig lidelse?**

ja .....  1  
nej .....  2

*hvis ja: Hvilke sygdomme eller handicap?*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

H9

**38. Har du nogensinde fået at vide af en læge, at du havde sukkersyge/diabetes?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 40

**39. Hvis ja til spm. 38**

**Hvilken behandling får du nu for din sukkersyge/diabetes?**

(sæt ét kryds for hver kategori)

- |                           | ja                         | nej                        |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. diæt .....             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. motion .....           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. tabletter .....        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. insulin .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. ingen behandling ..... | <input type="checkbox"/> 8 |                            |

H10a

- 40. Har du nogensinde fået at vide af en læge, at du have højt eller forhøjet blodtryk?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 42

- 41. Hvis ja til spm. 40**  
**Hvilken behandling får du nu for forhøjet blodtryk?**

a. diæt .....	ja <input type="checkbox"/> 1	nej <input type="checkbox"/> 2
b. motion .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. tabletter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. ingen behandling .....	<input type="checkbox"/> 8	

- 42. Har du nogensinde fået at vide af en læge, at du havde forhøjet kolesterol?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 44

- 43. Hvis ja til spm. 42**  
**Hvilken behandling får du nu for forhøjet kolesterol?**

a. diæt .....	ja <input type="checkbox"/> 1	nej <input type="checkbox"/> 2
b. motion .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. tabletter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. ingen behandling .....	<input type="checkbox"/> 8	

- 44. Har du nogensinde fået at vide af en læge, at du havde**

a. blodprop i hjertet .....	ja <input type="checkbox"/> 1	nej <input type="checkbox"/> 2
b. anden hjertesygdom .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. hjerneblødning/blodprop i hjernen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**45. Har dine forældre eller søskende haft en eller flere af følgende sygdomme?**  
*Spørgsmålet handler om dine biologiske forældre og helsøskende*

	forældre	søskende	nej
a. sukkersyge .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
b. blodprop i hjertet .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
c. hjerneblødning/blodprop i hjernen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
d. forhøjet blodtryk .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0
e. fedme eller kraftig overvægt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

I35e,f,g,h,i

**46. Tager du nogen form for medicin i øjeblikket?**  
*(husk også Kodimagnyl, Panodil, p-piller o.lign.)*

ja .....  1  
nej .....  2

**Hvis ja - hvilken?**

*(skriv navn og dosis)*

- a. ..... b. .....
- c. ..... d. .....
- e. ..... f. .....
- g. ..... h. .....

I02

**Spørgsmål til kvinder**

*Mandlige interviewpersoner skal fortsætte med spørgsmål 51*

**47. Har du nogensinde været gravid?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 50

- 48. Nu vil jeg spørge dig om hvor mange børn har du fået og hvor lang tid du ammede dem?**

Barn nummer	Født (årstal)	Hvor længe har du givet bryst (antal måneder)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

- 49. Har du nogensinde fået konstateret sukkersyge, mens du var gravid?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 50

*Hvis ja:*

**a. hvilket årstal var det?** \_\_\_\_\_

**b. forsvandt din sukkersyge, efter at du have født?**

ja .....  1  
nej .....  2

- 50. Er dine menstruationer holdt op?**

ja .....  1  
nej .....  2

*Hvis ja:*

**Hvor gammel var du sidst du havde menstruation?** \_\_\_\_\_ år

## De følgende spørgsmål handler om hjertesygdom

### 51. Har du nogensinde haft smerter, ubehag, trykken eller knugen i brystet?

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 57

I04

### 52. Får du smerten eller ubehaget, når du går?

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 57

I06, I07

### 53. Hvad gør du, hvis smerten kommer, mens du går?

stopper op .....  1  
går langsommere .....  2  
går bare videre .....  3 → gå til spm. 57  
tager nitroglycerin og går videre .....  4

I08

### 54. Hvis du stopper op, hvad sker så?

smerten svinder ikke .....  1 → gå til spm. 57  
smerten svinder .....  2

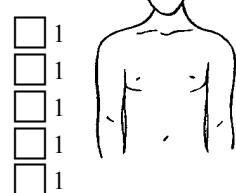
### 55. Hvor hurtigt svinder smerten:

på 10 min. eller mindre .....  1  
på mere end 10 min. .....  2 → gå til spm. 57

I09

**56. Hvor sidder smerten? (vis det evt. på tegningen)**

- a. opadtil eller midt bag brystbenet .....  
b. bag brystbenet nedadtil .....  
c. venstre side af brystet .....  
d. i venstre arm .....  
e. andre steder .....



110

**De næste spørgsmål drejer sig om hvor lang tid du har været fysisk aktiv de sidste 7 dage. Den første del handler om dit arbejde, herunder jagt og fiskeri som erhverv, men ikke husarbejde**

**57. Har du for øjeblikket arbejde uden for hjemmet?**

- ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 64

**58. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du udført hård fysisk aktivitet på dit arbejde? Tænk kun på aktiviteter som du udfører mindst 10 minutter ad gangen? (Hård fysisk aktivitet er aktivitet, som er meget fysisk anstrengende, og hvor du øger din vejrtrækning meget; f.eks. tunge løft, gravearbejde, tungt byggearbejde, trappegang)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke hårdt fysisk arbejde .....  0 → gå til spm. 60

**59. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på hård fysisk aktivitet?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 60. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du udført moderat fysisk aktivitet som på dit arbejde? (Moderat aktivitet er mindre anstrengende og øger vejrtrækningen i nogen grad; f.eks. mindre løft)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke moderat fysisk arbejde .....  0 → gå til spm. 62

- 61. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på moderat fysisk aktivitet?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 62. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du gået mindst 10 min. ad gangen på dit arbejde? Medregn ikke gang til og fra arbejde**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke gående arbejde .....  0 → gå til spm. 64

- 63. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at gå på dit arbejde?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

### De næste spørgsmål handler om transport fra sted til sted

- 64. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du kørt i bil, bus eller snescooter?**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke kørt med bil, bus eller snescooter .....  0 → gå til spm. 66

- 65. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at transportere dig med bil, bus eller snescooter?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen

\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 66. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du cyklet mindst 10 min. ad gangen for at komme fra sted til sted?**

\_\_\_\_\_ dage om ugen

har ikke cyklet .....  0 → gå til spm. 68

- 67. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at cykle fra sted til sted?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen

\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 68. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du gået mindst 10 min. ad gangen fra sted til sted?**

\_\_\_\_\_ dage om ugen

har ikke gået fra sted til sted .....  0 → gå til spm. 70

- 69. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at gå fra sted til sted?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen

\_\_\_\_\_ minutter om dagen

**De næste spørgsmål handler om arbejde i og omkring hjemmet f.eks.  
husarbejde, reparationer, vedligeholdelse og pasning af børn og familie.  
Tænk kun på fysisk aktivitet som du udfører mindst 10 minutter ad  
gangen**

- 70. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du udført hård fysisk aktivitet i hjemmet? (f.eks. tunge løft, skovle sne, gravearbejde, hente vand)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke udført tungt fysisk arbejde i hjemmet .....  0 → gå til spm. 72

- 71. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at udføre hårdt fysisk arbejde i hjemmet?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 72. Hvor mange dage har du udført moderat fysisk aktivitet i hjemmet? (f.eks. reparationer i hjemmet, reparation af udstyr, rengøring og tøjvask, pleje af børn eller gamle)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke udført moderat fysisk aktivitet .....  0 → gå til spm. 74

- 73. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på moderat aktivitet i hjemmet?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

**De næste spørgsmål handler om motion, sport og anden fysisk aktivitet i fritiden. Medregn ikke aktiviteter, som du allerede har beskrevet i de foregående afsnit**

- 74. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du gået mindst 10 min. ad gangen i fritiden?**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
har ikke gået i fritiden .....  0 → gå til spm. 76

- 75. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på at gå i fritiden?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 76. I løbet af de sidste 7 dage, hvor mange dage har du udført hård fysisk aktivitet i fritiden? (f.eks. aerobics, løb, kampsport, fodbold, skiløb)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
ingen hård fysisk aktivitet i fritiden .....  0 → gå til spm. 78

- 77. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på hård fysisk aktivitet i fritiden?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 78. Hvor mange dage har du udført moderat fysisk aktivitet i fritiden? (f.eks. cykling i lavt tempo, svømning i lavt tempo, vandreture)**

\_\_\_\_\_ dage om ugen  
ingen moderat aktivitet i fritiden .....  0 → gå til spm. 80

- 79. Hvor lang tid brugte du i gennemsnit om dagen på moderat fysisk aktivitet i fritiden?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

**De sidste spørgsmål handler om den tid, du sidder stille på arbejdet og i fritiden (f.eks. sidde ved et skrivebord, besøge venner, læse, computer og TV)**  
*Medregn ikke bilkørsel o.l.*

- 80. I løbet af de sidste 7 dage, hvor meget tid har du brugt på stillesiddende aktiviteter på hverdage?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

- 81. I løbet af de sidste 7 dage, hvor meget tid har du brugt på stillesiddende aktiviteter om dagen i weekenden?**

\_\_\_\_\_ timer om dagen  
\_\_\_\_\_ minutter om dagen

### Spørgsmål om rygning

- 82. Ryger du?**

ja, dagligt .....  
ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger .....  
nej .....

- 1 → gå til spm. 84  
 2 → gå til spm. 84  
 3

**83. Har du røget tidligere?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 86

*Hvis ja:*

**Hvornår holdt du op med at ryge? \_\_\_\_\_ årstal**

H23

**84. Hvor meget ryger du i gennemsnit om dagen?**

*For tidligere rygtere:*

**Hvor meget røg du i gennemsnit om dagen, dengang du røg?**

- a. antal cigaretter dagligt ..... \_\_\_\_\_
- b. antal cerutter dagligt ..... \_\_\_\_\_
- c. antal cigarer dagligt ..... \_\_\_\_\_
- d. pakker pibetobak (50 g) om ugen ..... \_\_\_\_\_

H24

**85. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge dagligt?**

\_\_\_\_\_ år

H25

**86. Er der nogen begrænsninger for, hvor eller hvornår man må ryge i dit hjem?**

ja .....  1  
nej .....  2 → gå til spm. 87

*Hvis ja: Hvilken form for forbud mod rygning er der i dit hjem?*

*(sæt eventuelt flere krydser)*

- a. det er ikke tilladt at ryge indendørs .....  1
- b. det er kun tilladt at ryge i bestemte rum eller steder .....  1
- c. det er ikke tilladt at ryge, når der er små børn tilstede .....  1
- d. andet: hvad .....  1

## Brug af sundhedsvæsenet

**87. Har du inden for de sidste 3 måneder været hos nogen af disse behandlere?**  
*(medregn kun kontakter på grund af egen sygdom - ikke børns sygdom)*

- |                                                                                  | ja                         | nej                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. sundhedsmedhjælper, sygeplejerske eller<br>medicindepotforvalter i bygd ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. sundhedsmedhjælper el. sygeplejerske<br>på sygehus .....                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. læge .....                                                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. tandlæge.....                                                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. jordemoder.....                                                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. andre, hvem: _____                                                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**Hvis der svares nej til alle → gå til spm. 89**

P37

**88. Har du ved nogen af disse besøg været utilfreds, f.eks. med undersøgelsen,  
behandlingen eller med personalets opførsel?**

- |                          |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| nej .....                | <input type="checkbox"/> 1 → gå til spm. 89 |
| ja, en enkelt gang ..... | <input type="checkbox"/> 2                  |
| ja, flere gange .....    | <input type="checkbox"/> 3                  |
| ved ikke .....           | <input type="checkbox"/> 8 → gå til spm. 89 |

**hvorfor var du utilfreds?**

---

---

---

P38

- 89. Hvor synes du, at det er bedst en kvinde føder, hvis alle graviditetsundersøgelser er normale?**

[læs ikke svarene højt for interviewpersonen]

hjemme (i bygd) .....	<input type="checkbox"/> 1
hjemme (i by) .....	<input type="checkbox"/> 2
på sygeplejestation .....	<input type="checkbox"/> 3
på det lokale sygehus .....	<input type="checkbox"/> 4
på fødeafdelingen i Nuuk .....	<input type="checkbox"/> 5
i Danmark .....	<input type="checkbox"/> 6
ved ikke .....	<input type="checkbox"/> 8

P48

- 90. Sommetider ved man på forhånd, at fødslen kan blive vanskelig, f.eks. at der skal laves kejsersnit. Hvor mener du, at en sådan vanskelig fødsel skal foregå?**

[læs ikke svarene højt for interviewpersonen]

hjemme (i bygd) .....	<input type="checkbox"/> 1
hjemme (i by) .....	<input type="checkbox"/> 2
på sygeplejestation .....	<input type="checkbox"/> 3
på det lokale sygehus .....	<input type="checkbox"/> 4
på fødeafdelingen i Nuuk .....	<input type="checkbox"/> 5
i Danmark .....	<input type="checkbox"/> 6
ved ikke .....	<input type="checkbox"/> 8

P49

- 91. Hvilket sprog taler du som regel med lægen, når du er til konsultation?**

både lægen og jeg selv taler dansk .....	<input type="checkbox"/> 1
både lægen og jeg selv taler grønlandsk .....	<input type="checkbox"/> 2
med tolk.....	<input type="checkbox"/> 3

P44

- 92. Tror du, at det sommetider sker, at du og lægen ikke forstår hinanden på grund af sproglige problemer?**

nej, aldrig .....	<input type="checkbox"/> 1
ja, men kun sjældent.....	<input type="checkbox"/> 2
ja, af og til .....	<input type="checkbox"/> 3
ja, ofte.....	<input type="checkbox"/> 4

P45

**93. Har du nogen forslag til forbedringer af sundhedsvæsenet?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Til sidst vil jeg stille nogle spørgsmål om det grønlandske  
folkesundhedsprogram**

- 94. Har du hørt om det grønlandske folkesundhedsprogram, der også hedder Inuuneritta?**

ja .....  1  
nej .....  2

- 95. Kan du nævne nogle af de emner, der indgår i folkesundhedsprogrammet?**

---

---

---

---

- 96. Nu nævner jeg de emner, der indgår i folkesundhedsprogrammet. Jeg vil bede dig angive, hvilke tre emner, du synes er de vigtigste.**

**VIS KORT 4**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Alkohol, hash, vold og seksuelle overgreb .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kost og fysisk aktivitet/diabetes og hjertesygdom	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sexlivet, uønsket graviditet, kønssygdomme .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rygning .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Selvmord .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tandsundhed .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gravide, børn og unge .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## Kliniske målinger

### Objektiv undersøgelse, mål og blodtryk

b. højde ..... cm

c. vægt ..... kg

d. talje-mål ..... cm

e. hofte-mål ..... cm

f. blodtryk ..... 1/ ..... / ..... mm Hg

..... 2/ ..... / ..... mm Hg

..... 3/ ..... / ..... mm Hg

K09

# Ultrasound Greenland

Sonographer ID: \_\_\_\_\_ (3 initials)  
Scan date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ (day/month/year)

*Confirm measurements made by circling Y/N, when no provide comments.*

## 1. Abdominal fat measurement

Midline	Y	N	_____, __ cm
Right	Y	N	_____, __ cm
Left	Y	N	_____, __ cm
Subcutaneous midline	Y	N	_____, __ cm

Comments:

---

---

## 2. Liver fatty infiltration score

Scan location	Scan made
Right liverlobe (long scan)	Y N
Right liverlobe (trans scan)	Y N
Left liverlobe (long scan)	Y N
Left liverlobe (trans scan)	Y N

Score      **1. normal    2. minimal    3. moderate    4. severe**

Reference scan spleen	Y N
Reference liverlobe (most representative)	Y N

Comments:

---

---

---

---

---