



Hvordan har du det?

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom
blandt unge og voksne i din kommune og Region Sjælland

2010

KVALITET OG UDVIKLING



Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at kortlægge sundhed og sygdom hos borgerne i Region Sjælland. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

Det er en del af en landsdækkende undersøgelse, der laves samtidigt i alle landets kommuner. Nogle af oplysningerne sendes til Statens Institut for Folkesundhed, som så beskriver sundhedstilstanden i Danmark.

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

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

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

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Sjælland er dataansvarlig. Undersøgelsen laves af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup.

Du har mulighed for at udfylde spørgeskemaet elektronisk på vores hjemmeside www.regionsjaelland.dk/sundhedsprofil. Du skal bruge en adgangskode til dit elektroniske spørgeskema. Den findes på forsiden af spørgeskemaet og øverst på det vedlagte brev.

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 ca. 2 uger.

Vi trækker lod om præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse. De første 500, der indsender deres udfyldte spørgeskema, deltager i lodtrækning om en præmie på 3.000 kr.. De deltager desuden på lige fod med de andre, der har indsendt udfyldt spørgeskema inden den 1. april 2010 i lodtrækningen om præmier på henholdsvis 4.000 kr., 3.000 kr. og 2.000 kr.

Har du spørgsmål i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaet, kan du søge oplysning på vores hjemmeside www.regionsjaelland.dk/sundhedsprofil, sende en e-mail til sundhedsprofil@regionsjaelland.dk eller ringe på telefon 57 87 52 23 (mandag – fredag mellem kl. 13 og 18).

SÅDAN UDFYLDES SPØRGESKEMAET:	RIGTIGT	FORKERT
Sæt et tydeligt KRYDS	<input type="checkbox"/> nej <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej ✓ <input type="checkbox"/> ja
Brug helst mørkeblå eller sort kuglepen eller lignende. Hvis du fortryder en afkrydsning, skal du udfylde firkanten helt , og sætte kryds det rigtige sted. <i>Frisk hvid korrekturlak kan dog også bruges.</i>	<input type="checkbox"/> regelmæssigt <input checked="" type="checkbox"/> periodevis <input checked="" type="checkbox"/> aldrig	<input type="checkbox"/> regelmæssigt <input checked="" type="checkbox"/> periodevis <input type="checkbox"/> aldrig ↷
Enkelte steder skal du ikke krydse af. Skriv venligst med tydelige tal . Skriv over stregen .	<u> 8 </u> <u> 3 </u>	<u> 8 </u> <u> 3 </u>
Hvis du ikke kender det nøjagtige svar, så skriv venligst det svar, du tror, kommer nærmest.	<u> 2 </u> <u> 1 </u> <u> 7 </u>	<u> ? </u> <u> </u> <u> </u>

HELBRED OG TRIVSEL

1 : Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét X)	
Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

2 : Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter?
I så fald, hvor meget?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Krævende aktiviteter, som fx at løbe, løfte tunge ting, deltage i anstrengende sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå i bad eller tage tøj på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har 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"/>

5 : Inden for **de seneste 4 uger**, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?

(Kun ét X)	
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

6 : Hvor stor en del af tiden i **de seneste 4 uger** har du:

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 : Inden for **de seneste 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, familie osv.)?

(Kun ét X)	
Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

DAGLIGDAGENS STRESS

8 : Spørgsmålene drejer sig om din oplevelse af belastende eller stressende situationer inden for **den seneste måned**?

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Oft	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 betydningsfulde 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 dig sikker på, 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 alt det, 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 irritationsmomenter?	<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 problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMER & UBEHAG

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

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

10 : Hvor mange dage har du i gennemsnit haft migræne eller hovedpine i løbet af **de seneste 3 måneder**?

(Kun ét X)	
1-7 dage pr. måned	<input type="checkbox"/>
8-14 dage pr. måned	<input type="checkbox"/>
15-30 dage pr. måned	<input type="checkbox"/>

11 : Har du taget håndkøbsmedicin for én eller flere af følgende gener i løbet af de **seneste 3 måneder**? Hvis ja, angiv venligst hvor mange dage i **gennemsnit pr. måned**

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, 1-7 dage/måned	Ja, 8-14 dage/måned	Ja, 15-30 dage/måned
Migræne eller hovedpine	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed eller depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi, allergisk snue (høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12: Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de seneste 4 uger?

(Kun ét X)	
Ingen smerter	<input type="checkbox"/>
Meget lette smerter	<input type="checkbox"/>
Lette smerter	<input type="checkbox"/>
Middelstærke smerter	<input type="checkbox"/>
Stærke smerter	<input type="checkbox"/>
Meget stærke smerter	<input type="checkbox"/>

LANGVARIGE SYGDOMME

13 : Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?

(Kun ét X)	
Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

14 : For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

	(Sæt ét X i hver linje)				(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg aldrig haft	Ja, det har jeg nu	Ja, det har jeg haft tidligere		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?	
					Ja	Nej
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snue (høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem (længerevarende, kløende udslæt på huden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fødevareallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden allergi	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ryg sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Medregn kun arbejdsdage, hvis ingen sygefraværdsdage skriv 00)

Jeg har ikke arbejde	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 16
Inden for de seneste 14 dage Skriv antal sygefraværdsdage hvis 'ved ikke' skriv 99	<input type="text"/>		
Inden for det seneste år (inkl. de seneste 14 dage) Skriv antal sygefraværdsdage hvis 'ved ikke' skriv 999	<input type="text"/>		

RYGNING

16 : Ryger du?

	(Kun ét X)		
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>		
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 19
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 19
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 21
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 21

17 : Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

	(Skriv antal)
Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Antal pibestop	<input type="text"/>

18 : I hvor mange år har du røget dagligt?

Skriv antal år	<input type="text"/>
----------------	----------------------

19 : Vil du gerne holde op med at ryge?

	(Kun ét X)		
Nej	<input type="checkbox"/>	→	Gå til spørgsmål 21
Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår	<input type="checkbox"/>		
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder	<input type="checkbox"/>		
Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned	<input type="checkbox"/>		

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

Ja Nej

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

(Sæt ét X i hver linje)	Begrænset til enkelte områder		
	Tilladt overalt	Begrænset til enkelte områder	Helt forbudt
I folkeskoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I fritids- og ungdomsklubber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På ungdomsuddannelser (gymnasier m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbejdspladser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På sygehuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På værtshuse og caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I butikcentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I idrætsskubber / sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I børnehaver / vuggestuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På offentlige kontorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 : Bliver der røget på din arbejdsplads?

(Kun ét X)	
Jeg arbejder ikke	<input type="checkbox"/>
Der bliver røget overalt	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til enkelte rygeområder	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til særlige rygerum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning foregår kun udendørs	<input type="checkbox"/>
Der bliver slet ikke røget	<input type="checkbox"/>

23 : Hvor mange timer om dagen plejer du at opholde dig i rum, hvor der bliver røget?

(Kun ét X)	
Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1-5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1/2-1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Stort set aldrig	<input type="checkbox"/>

24 : Bor du sammen med nogen, der ryger?

Ja Nej

25 : Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)	
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, nogle gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

26 : Har du prøvet at ryge vandpibe?

(Kun ét X)	
Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en enkelt gang	<input type="checkbox"/>
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>
Ja, ryger det mindst en gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, ryger hver dag	<input type="checkbox"/>

STOFFER

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

(Sæt ét kryds i hver linje)	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)				Skriv alder
	Nej	Ja, inden for den seneste måned	Ja, tidligere inden for det seneste år)		
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

28 : Hvis **ja**, inden for den seneste måned, skriv hvor ofte?

(Sæt ét kryds i hver linje)	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	20+ gange
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOL

29 : Har du drukket alkohol inden for **de seneste 12 måneder**?

(Kun ét X)

Ja

Nej → Gå til spørgsmål 41

30 : Har du inden for **de seneste 12 måneder** følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja Nej

31 : Er der nogen, inden for **de seneste 12 måneder**, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?

Ja Nej

32 : Har du inden for **de seneste 12 måneder** følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

Ja Nej

33 : Har du inden for **de seneste 12 måneder** jævntligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja Nej

34 : 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

35 : Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja Nej

36 : Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Der er mulighed for at svare inden for kategorierne øl, vin/hedvin og spiritus.
Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selvom svaret er 0).

	Antal genstande øl	Antal genstande vin/hedvin	Antal genstande spiritus
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En genstand vil sige...

1 fl. pilsner = 1 genstand

1 fl. rød-/hvidvin = 6 genstande

1 fl. hedvin 70 cl. = 10 genstande

1 fl. spiritus 70 cl. = 20 genstande

1 glas rød-/hvidvin = 1 genstand

1 glas hedvin = 1 genstand

1 snaps = 1 genstand

37 : Hvor tit drikker du mere end 5 genstande ved samme lejlighed?

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt

Ugentligt

Månedligt

Sjældent

Aldrig

38 : Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

(Kun ét X)

Ja

Nej

Ved ikke

39. Har du tidligere nedsat eller forsøgt at nedsætte dit alkoholforbrug?

Ja

Nej

40 : Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?

(Kun ét X)	
Særdeles fornuftige	<input type="checkbox"/>
Fornuftige	<input type="checkbox"/>
Hverken fornuftige eller ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Lidt ufornuftige	<input type="checkbox"/>
Meget ufornuftige	<input type="checkbox"/>

41 : Har du tidligere haft et dagligt alkoholforbrug?

Ja Nej

42 : Mener du, at det skal være tilladt at drikke alkohol (øl, vin, spiritus) på følgende steder?

(Sæt ét X i hver linje)	Tilladt	Ikke tilladt
På arbejdspladser		
i arbejdstiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i frokostpausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I idrætsklubber / sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I folkeskolen		
for elever i de ældste klasser til fester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for forældre til møder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for forældre til fester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I børnehaver/vuggestuer		
for forældre til møder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
for forældre til fester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAD

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

43 : Hvor ofte spiser du brød med følgende slags **fedtstof**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Smør, Kærgården eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minarine eller plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser brød uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44 : Hvor ofte spiser du følgende slags **pålæg**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om dagen	1-2 gange om dagen	4-6 gange om ugen	1-3 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Pålæg, kød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskepålæg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Æg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålægssalater eller mayonnaisesalater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 : Hvor ofte spiser du følgende slags **varm mad**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags- eller vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 : Hvor ofte spiser du følgende slags **grøntsager**?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Blandet salat, råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rå grønnsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilberedte grønnsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Stegemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantemargarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fedt/palmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Rapsolie, madolie, salatolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du ikke ved det, fx fordi du får mad udefra, sæt X her					<input type="checkbox"/>

48 : Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

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

49 : Hvor ofte drikker du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måneden	Sjældnere/ aldrig
Sødmælk (1 glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letmælk (1 glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet-, mini- eller kærnemælk (1 glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frugtjuice (1 glas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft uden sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 : Hvor ofte spiser du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måneden	Sjældnere/ aldrig
Kager, chokolade, is, slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51 : Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

(Kun ét X)	
Meget sunde	<input type="checkbox"/>
Sunde	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde sunde	<input type="checkbox"/>
Usunde	<input type="checkbox"/>
Meget usunde	<input type="checkbox"/>

52 : Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)		
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>

53 : Mener du, at det skal være tilladt at købe henholdsvis sodavand, snacks/slik og fedtholdigt fastfood på følgende steder?










(Sæt tre X'er i hver linje)	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fedtholdig fastfood (pommes frites, pizza, burger m.m.)	
	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt
I skoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I skolefritidsordning/ fritidsklub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På ungdomsuddannelser (gymnasier m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbejdspladser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I sportshaller/ Idrætsklubber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEVÆGELSE I DAGLIGDAGEN

54 : Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

	(Kun ét X)
Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	<input type="checkbox"/>
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	<input type="checkbox"/>
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	<input type="checkbox"/>

55 : 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.

Nedenstående spørgsmål omhandler DAGLIGE aktiviteter			
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? <i>(medtag middagslur)</i>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Dagligt 	I dit arbejde (eller hvis du er under uddannelse), hvor mange timer og minutter om dagen bruger du typisk på: Stillesiddende arbejde? Stående eller gående arbejde? Hårdt fysisk arbejde? <i>(fx tunge løft eller trappegang)</i> Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
		<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
		<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Dagligt 	Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde/uddannelse? Jeg arbejder ikke/er ikke under uddannelse <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Dagligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter om dagen bruger du ca. på at se TV, sidde ned og slappe af, læse og lytte til musik eller lignende?	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Nedenstående spørgsmål omhandler UGENTLIGE aktiviteter			
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter bruger du om ugen på let fysisk aktivitet som fx gåture, let rengøring, feje og rive i haven eller let anstrengende motion som fx yoga, bowling eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde)</i>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter bruger du om ugen på havearbejde, bære ting op af trappen eller moderat anstrengende sport som fx gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde)</i>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter
Ugentligt 	I din fritid, hvor mange timer og minutter om ugen bruger du på anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende? <i>(medtag ikke transport til og fra arbejde)</i>	<input type="text"/> Timer	<input type="text"/> Minutter

56 : Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)	
Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Mindre god	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>

57 : Hvordan vurderer du dine motionsvaner?

(Kun ét X)	
Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Mindre god	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>

58 : Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)		
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>

SEX OG PRÆVENTION

59 : Har du nogensinde haft samleje?

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 66
Ja, en enkelt gang	<input type="checkbox"/>	
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>	

60 : Hvor gammel var du første gang, du havde samleje?

Jeg var år

61 : Hvor mange forskellige seksualpartnere har du haft inden for det seneste år?

Partnere

62 : Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?

(Sæt gerne flere X'er)

Ingen	<input type="checkbox"/>	Sikre perioder	<input type="checkbox"/>
Kondomer	<input type="checkbox"/>	Afbrudt samleje	<input type="checkbox"/>
P-piller	<input type="checkbox"/>	Andet : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

63 : Hvis du har svaret "Ingen" ovenfor: Hvorfor brugte du/I ikke prævention ved det seneste samleje?

(Sæt gerne flere X'er)

Det er for dyrt	<input type="checkbox"/>	Min partner ønsker det ikke	<input type="checkbox"/>
Det er besværligt at bruge	<input type="checkbox"/>	Jeg ønsker det ikke	<input type="checkbox"/>
Det er besværligt at skaffe	<input type="checkbox"/>	Jeg mangler viden om prævention	<input type="checkbox"/>
Vi vil gerne have et barn	<input type="checkbox"/>	Ved ikke	<input type="checkbox"/>

64 : Har du nogensinde fået konstateret nogle af følgende smitsomme sygdomme?

(Sæt ét kryds i hver linje)

	Nej	Ja
Klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kønsvorter (kondylomer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes ved kønsorganerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden seksuelt overført sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65 : Kun til kvinder: Har du nogensinde brugt en fortrydelsespille?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, en enkelt gang	<input type="checkbox"/>
Ja, flere gange	<input type="checkbox"/>

HØJDE OG VÆGT

66 : Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (fx 172 cm)

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

Skriv højde Kg

68 : Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj

69 : Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

Ved ikke

KONTAKT MED SUNDHEDSVÆSENET

70. Har du været ved din **egen læge** i løbet af de seneste 12 måneder?

Ja

Nej

→ Gå til spørgsmål 72

71 : Har din **egen læge** i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til

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

FOREBYGGELSE

72 : Har du inden for de seneste 12 måneder **fået information** om muligheden for at få hjælp til...?

(Hvis "Ja, ..." , sæt gerne flere X'er)	Nej	Ja, fra kommunens personale*	Ja, fra egen læge	Ja, fra hospital	Ja, på apoteket	Ja, fra arbejdet/ studiet	Ja, fra medier (TV, avis, internet m.m.)	Ja, fra andre
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af motionsvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresshåndtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Ved "kommunens sundhedspersonale" forstås fx sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesyge-plejerske, sundhedskonsulent i sundhedscenter/-bus/-hus.

73 : Har du inden for de seneste 12 måneder **taget imod** tilbud om hjælp til...?

Ved "tilbud" forstås kurser og professionel personlig vejledning, rettet mod en enkelt type sundhedsadfærd eller som et integreret forløb med fokus på flere typer sundhedsadfærd.

(Hvis "Ja, ..." , sæt gerne flere X'er)	Nej	Ja, fra kommunens personale*	Ja, fra egen læge	Ja, fra hospital	Ja, på apoteket	Ja, fra arbejdet/ studiet	Ja, fra medier (TV, avis, internet m.m.)	Ja, fra andre
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vægttab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af motionsvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresshåndtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Ved "kommunens sundhedspersonale" forstås fx sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesyge-plejerske, sundhedskonsulent i sundhedscenter/-bus/-hus.

KONTAKT MED ANDRE MENNESKER

74 : Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?
(Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.)

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger og/eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer el. beboere i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer, du mest kender fra internettet (mail, chatforum og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75 : Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?

(Kun ét X)	
Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, en gang imellem	<input type="checkbox"/>
Ja, men sjældent	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

76 : Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

(Kun ét X)	
Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/>
Ja, nogen gange	<input type="checkbox"/>
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/>

PERSONLIGE FORHOLD

77 : Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét X)	
Gift	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 79
Registreret partnerskab	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 79
Separeret	<input type="checkbox"/>
Skilt	<input type="checkbox"/>
Enke(mand)	<input type="checkbox"/>
Ugift	<input type="checkbox"/>

78 : Er du fast samlevende i papirløst samliv?

(Kun ét X)

Ja Nej

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

Skriv antal

80 : Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét X)

Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>	
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82
Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 82

81 : Hvis du stadig går i skole, hvilken skole går du på?

(Kun ét X)

9.klasse	<input type="checkbox"/>	10. klasse	<input type="checkbox"/>	STX	<input type="checkbox"/>
HTX	<input type="checkbox"/>	HHX	<input type="checkbox"/>	Handelsskolens Grunduddannelse	<input type="checkbox"/>
Teknisk skole	<input type="checkbox"/>	Andet:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

82 : Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

(Kun ét x)

Nej	<input type="checkbox"/>
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkursus, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v. (lærlinge- eller Efg-uddannelse)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedsassistent, tekniker, merkonom)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (fx skolelærer, politibetjent, journalist, socialrådgiver, fysioterapeut)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse:	<input type="text"/>

83 : Hvad er din erhvervmæssige stilling?

(Kun ét x)

BeskæftigedeSelvstændig landmand Selvstændig i øvrigt Medhjælpende ægtefælle Arbejder faglært Arbejder ufaglært Funktionær, tjenestemand (fx læge, kontorassistent, skolelærer) Anden beskæftigelse Hvis andet, skriv hvad: **Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering** **Uddannelsessøgende**Lærling, elev Studerende Skoleelev **Pensionister**Alderspensionist Førtidspensionist Anden form for pension Efterlønsmodtager, overgangsydelse **Andre**Hjemmearbejdende husmor, husfar Langtidssyg (3 mdr. eller mere) Værnepligtig På kontanthjælp, bistandshjælp Under revalidering Andet Hvis andet, skriv hvad:

84 : Er du offentligt ansat?

(Kun ét X)

Nej

Ja, i en kommune

Ja, i en region

Ja, i staten

85 : Ligger din arbejdsplads i samme kommune, som du bor i?

Ja Nej

86. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelsesinstitution?

Skriv antal km

87 : Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

Skriv antal timer

TAK FOR HJÆLPEN!

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuerten, porto er betalt.