

+

En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne – 2021

+

HVORDAN HAR DU DET?



Spring turen til postkassen over
Udfyld spørgeskemaet på internettet:
www.svar2021.dk

Dit svar hjælper os med at få et indblik i trivsel, sundhed og sygdom. Vi bruger undersøgelsen til at forbedre folkesundheden i din kommune, regionen og hele landet.

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

+

Information om undersøgelsen

“**Hvordan har du det?**” er en undersøgelse af borgernes trivsel, sundhed og sygdom. Vi gennemfører undersøgelsen hvert fjerde år. Resultaterne indgår blandt andet i Region Sjællands Sundhedsprofil og bliver brugt til løbende at forbedre folkesundheden i din kommune, regionen og hele landet.

2000 borgere fra hver kommune i Region Sjælland er tilfældigt udvalgt til at deltage - heriblandt dig.

Det er naturligvis frivilligt at deltage, men for at få resultater af god kvalitet, er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Vi udsender derfor påmindelser til alle, vi ikke har fået svar fra. Nummeret, du ser på forsiden, bruger vi til at holde rede på, hvem der har svaret.

Spring turen til postkassen over

Udfyld spørgeskemaet på internettet:

www.svar2021.dk

Dit personlige brugernavn og adgangskode til undersøgelsen står i følgebrevet.

VIND PRÆMIER

Hele tre gange trækker vi lod blandt alle modtagne besvarelser.

Samlet præmiepulje:

3 x 5.000 kr.

6 x 2.000 kr.

120 x 500 kr.

Se næste dato for lodtrækning i følgebrevet.

Dine svar bliver behandlet fortroligt af de personer, der arbejder med oplysningerne, og resultaterne bliver offentliggjort således, at du ikke kan genkendes.

Du kan læse mere om undersøgelsen i brevet, som følger med spørgeskemaet, og på www.regionsjaelland.dk/sund, hvor du også kan finde svar på oftest stillede spørgsmål.

Du er også velkommen til at kontakte vores hotline på tlf. 38 69 20 65 (hverdage fra kl. 9:00 til 15:00) eller sende en e-mail til: hvordanhardudet@regionsjaelland.dk

Venlig hilsen

Din kommune og Region Sjælland

Sådan udfylder du spørgeskemaet

Brug venligst **mørkeblå** eller **sort kuglepen**.

Svarene bliver scannet ind på en maskine, så alle **krydser og tal skal være nemme at tolke**.

	RIGTIGT		FORKERT	
Sæt tydelige kryds.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres det pågældende felt, og krydset sættes i det rigtige felt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i hver sit felt.	<input type="text" value="1 7"/>		<input type="text" value="2"/>	
Tal rettes ved at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="5 4"/>		<input type="text" value="6 8"/>	

Besvar så godt du kan

Spørgsmålene er samlet i emner som f.eks. fysisk aktivitet og kontakt med sundhedsvæsenet. I en del af emnerne vil du blive spurgt om dine vaner og erfaringer.

Hvis du har svært ved at udfylde et spørgsmål helt præcist, giv da dit bedste bud.

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. De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen.

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

(Sæt ét X i hver linje)	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <u>flere</u> etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

(Sæt ét X i hver linje)	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har <u>nået mindre</u> , end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre <u>omhyggeligt</u> , end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

6. Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger . . .

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

7. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

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

8. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting?

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

Dagligdagens stress

9. Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for **de seneste 4 uger**. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

(Sæt ét X i hver linje)	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
Er du blevet overrevet over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt at tingene gik, som du gerne ville have det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

10. 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"/>

Langvarige sygdomme og eftervirkninger

11. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.

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

12. 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 mindst 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"/>
Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertekrampe (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har været <u>mindre end 6 måneder</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <u>mere end 6 måneders</u> varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. For hver af de følgende psykiske lidelser 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 mindst 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
Angstlidelse (f.eks. socialfobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Har du nogensinde haft en spiseforstyrrelse? Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

(Sæt mindst ét X)	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

15. Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)?

(Kun ét X)	
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 17
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 17
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 19
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 19



16. 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"/>

+

17. Vil du gerne holde op med at ryge?

<i>(Kun ét X)</i>	
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 19
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"/>

18. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?

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

19. Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

<i>(Kun ét X)</i>	
Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1 - 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
½ - 1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Mindre end ½ time om dagen	<input type="checkbox"/>
0 timer	<input type="checkbox"/>

20. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

<i>(Kun ét X)</i>	
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"/>

E-cigaretter

21. Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?

<i>(Kun ét X)</i>	
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg har aldrig brugt dem	<input type="checkbox"/>

Snus, nikotinposer og lignende

22. Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?

(Kun ét X)	
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>
Nej, men jeg har brugt det tidligere	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 24
Nej, men jeg har prøvet det (én eller få gange)	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 24
Nej, jeg har aldrig brugt det	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 24

23. Hvilke af nedenstående produkter bruger du?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej	Ved ikke
Snus med tobak, tyggetobak, skrå eller tobakspastiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinposer, dvs. små helt hvide poser uden tobak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Euforiserende stoffer

24. Har du nogensinde prøvet hash eller andre euforiserende stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, inden for den <u>seneste måned</u>	Ja, inden for det <u>seneste år</u> (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, <u>tidligere</u> (men ikke inden for det seneste år)
Hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre euforiserende stoffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

25. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37

26. Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

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



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

Ja Nej

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

Ja Nej

29. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at berolige nerverne eller blive "tømmermændene" kvit?

Ja Nej

30. 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

31. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja Nej

32. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?
Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

	Antal genstande		
	Øl eller alkoholcider	Vin eller hedvin	Spiritus eller alkoholsodavand
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 genstand = 1 almindelig øl
 1 glas rød-/hvidvin
 1 glas hedvin
 1 drink/cocktail
 1 snaps/shot
 1 alkoholsodavand
 1 alkoholcider

1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande
 1 flaske hedvin = 10 genstande
 1 flaske spiritus = 20 genstande

+

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

<i>(Kun ét X)</i>	Næsten dagligt eller dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent	Aldrig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?

	<i>(Kun ét X)</i>
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"/>

35. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

	<i>(Kun ét X)</i>
Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37
Ved ikke	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 37

36. Hvis du gerne vil nedsætte dit alkoholforbrug, vil du så gerne have støtte og hjælp til det?

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

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

<i>(Sæt ét X i hver linje)</i>	Tilladt	Ikke tilladt
I idrætsklubber/sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På ungdomsuddannelser:		
i hverdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
til fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I folkeskoler:		
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"/>

Kost

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



38. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

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

39. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 2 gange om <u>dagen</u>	1-2 gange om <u>dagen</u>	4-6 gange om <u>ugen</u>	1-3 gange om <u>ugen</u>	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"/>

40. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

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

41. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

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

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

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

43. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

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

(Kun ét X)							
Mere end 6 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>dagen</u>	3-4 om <u>dagen</u>	1-2 om <u>dagen</u>	5-6 om <u>ugen</u>	3-4 om <u>ugen</u>	1-2 om <u>ugen</u>	Ingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <u>dagen</u>	5-7 gange om <u>ugen</u>	3-4 gange om <u>ugen</u>	1-2 gange om <u>ugen</u>	Sjældnere/ aldrig
Mad fra pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slik/chokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havregryn, rugflager/-gryn, speltflager/-gryn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovbrød/-boller med fuldkornsmærke, knækbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <u>med</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <u>uden</u> sukker	<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"/>
Kage/is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Vil du gerne spise mere sundt?

(Kun ét X)

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 47
Ved ikke	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 47

46. Hvis du gerne vil spise mere sundt, vil du så gerne have støtte og hjælp til det?

Ja Nej

47. Hvor ofte spiser du sammen med andre?

(F.eks. morgenmad, frokost eller aftensmad)

<i>(Kun ét X)</i>	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Mener du, at det skal være tilladt at købe henholdsvis sodavand, snacks/slik og fedtholdig fastfood på følgende steder?

	<i>(Sæt ét X i hver linje)</i> Sodavand		<i>(Sæt ét X i hver linje)</i> Snacks, slik, chokolade		<i>(Sæt ét X i hver linje)</i> Fedtholdig fastfood (pommes frites, pizza, burger m.m.)	
	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolefritidsordning/ fritidsklub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungdomsuddannelser (erhvervsskoler, gymnasier m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportshaller/idrætsklubber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevægelse i dagligdagen

Fysisk aktivitet i fritiden

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



49. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?

(Kun ét X)

- | | |
|--|--------------------------|
| Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| ½ til 1½ time (30-89 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 1½ til 2½ time (90-149 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 2½ til 5 timer (150-299 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 5 timer eller mere (300 minutter eller mere) | <input type="checkbox"/> |

Moderat og hård fysisk aktivitet kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt.

50. Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?

(Kun ét X)

- | | |
|--|--------------------------|
| Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| ½ til 1 time (30-59 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 1 til 1½ time (60-89 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 1½ til 2½ time (90-149 minutter) | <input type="checkbox"/> |
| 2½ time eller mere (150 minutter eller mere) | <input type="checkbox"/> |

Hård fysisk aktivitet kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil.

51. 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"/> |

Stillesiddende tid

52. På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af de følgende situationer?

Du skal tænke på din samlede siddetid og fordele den på de angivne kategorier.

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

Fysisk aktivitet og bevægelse

53. Hvordan vurderer du dine motionsvaner?

(Kun ét X)	Virkelig gode	Gode	Nogenlunde	Mindre gode	Dårlige
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



54. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

(Kun ét X)	
Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 56
Ved ikke	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 56

55. Hvis du gerne vil være mere fysisk aktiv, vil du så gerne have støtte og hjælp til det?

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

Hvis du hverken går i skole, er under uddannelse eller er i arbejde, fortsæt venligst med spørgsmål 57.

56. Hvordan vil du generelt beskrive din fysiske aktivitet i din hovedbeskæftigelse (skole, uddannelse eller arbejde)?

	(Kun ét X)
Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde	<input type="checkbox"/>
Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende	<input type="checkbox"/>

Højde og vægt

57. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

59. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Alt for lav

Lidt for lav

Tilpas

Lidt for høj

Alt for høj

60. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

→ Gå til spørgsmål 62

Ved ikke

→ Gå til spørgsmål 62

61. Hvis du gerne vil tabe dig, vil du så gerne have støtte og hjælp til det?

Ja

Nej

Kontakt med sundhedsvæsenet

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

Ja

Nej

→ Gå til spørgsmål 64

63. 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

At tabe dig

At tage på i vægt

At dyrke motion

At nedsætte dit alkoholforbrug

At ændre dine kostvaner

At tage den med ro



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

64. Angiv, hvor enig eller uenig du er i følgende udsagn.

(Sæt ét X i hver linje)	Meget uenig	Uenig	Enig	Meget enig
Jeg føler mig godt informeret om sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er mindst én sundhedsprofessionel, som kender mig godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er mindst én sundhedsprofessionel, jeg kan tale med om mine helbredsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har nok information til, at jeg kan tage mig af mine helbredsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på, at jeg har nok information til at tage mig bedst muligt af mit helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har adgang til sundhedsprofessionelle, der kan hjælpe mig med at finde ud af, hvad jeg skal gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er mindst én sundhedsprofessionel, jeg kan regne med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har al den information, jeg behøver for at passe på mit helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Angiv, hvor let eller svært du finder følgende – tænk på dine erfaringer.

(Sæt ét X i hver linje)	Meget svært	Svært	Let	Meget let
Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Præcist følge de anvisninger, du får af sundhedsprofessionelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå skriftlig information om sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læse og forstå al information på medicinpakninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstå, hvad sundhedsprofessionelle vil have dig til at gøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp i forbindelse med:

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej	Ja, jeg har fået information fra:				
		Kommunens personale*	Egen læge	Sygehus	Arbejdet/uddannelsen	Andre
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At få kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Ved kommunens personale forstås f.eks. sundhedsplejerske, hjemmehjælp, sygeplejerske, sundhedskonsulent.

Din sundhed og brug af teknologi

I det følgende møder du ord som "teknologi", "sundhedsprofessionelle" og "sundhedstilbud".

Med ordet "**teknologi**" mener vi blandt andet computere, tablets, mobiltelefoner samt andre digitale værktøjer, som du bruger til at følge din sundhed, f.eks. smart-ure, skridttællere eller digitale vægte.

Med ordet "**sundhedsprofessionelle**" mener vi praktiserende læger, andre læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og andre professionelle, som du møder i sundhedsvæsenet, eller som du får råd fra om sundhed.

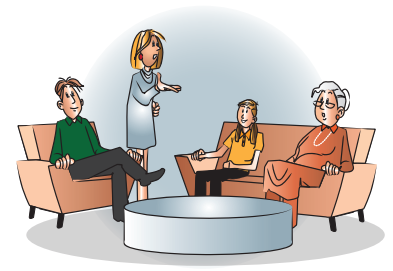
Med ordet "**sundhedstilbud**" mener vi muligheder for vejledning, behandling og genoptræning fra de sundhedsprofessionelle.



67. Angiv, hvor enig eller uenig du er i følgende udsagn.

(Sæt ét X i hver linje)	Meget uenig	Uenig	Enig	Meget enig
Jeg er sikker på, at mine sundhedsdata kun anvendes af de personer, de er tiltænkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknologi gør, at jeg føler mig engageret i min egen sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruger teknologi til at finde information om sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine elektroniske sundhedsdata opbevares sikkert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruger ofte teknologi til at forstå problemstillinger i forhold til mit eget helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknologi hjælper mig til at vælge hvilke sundhedstilbud, der er bedst for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en god forståelse af, hvordan sundhedsprofessionelle anvender mine data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, at teknologi hjælper mig til at tage mig af mit helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruger teknologi til at dele informationer om mit helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på, at kun de personer, der har ret til det, kan se mine sundhedsdata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, jeg får bedre hjælp fra de sundhedsprofessionelle, når jeg bruger teknologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruger teknologi til at holde styr på mine helbredsoplysninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknologi forbedrer min kommunikation med sundhedsprofessionelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tillid til, at de sundhedsprofessionelle anvender mine data på en passende måde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes, at teknologi er nyttigt til at følge min sundhedstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontakt med andre mennesker



68. Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?

Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald 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"/>
Ægtefælle/kæreste	<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, skole- eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller andre personer i dit lokalområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekendte i foreninger, klubber osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bekendte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

71. De følgende spørgsmål handler om, hvordan man nogle gange har det.

(Sæt ét X i hver linje)	Sjældent	En gang imellem	Ofte
Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor ofte føler du dig udenfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Vil du gerne have mere kontakt til andre mennesker?

	(Kun ét X)
Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 74
Ved ikke	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 74

73. Hvis du gerne vil have mere kontakt til andre mennesker, vil du så gerne have støtte og hjælp til at opnå det?

Ja

Nej

74. Hvor ofte mødes du med andre mennesker i forbindelse med en fritidsaktivitet?
(F.eks. hobby, motion, forening, aftenskole)

(Kun ét X)

Dagligt
eller næsten
dagligt

1 eller 2
gange om
ugen

1 eller 2
gange om
måneden

Sjældnere
end 1 gang om
måneden

Aldrig

75. Deltager du i frivilligt (dvs. ulønnet) arbejde? (F.eks. i sportsklub, grundejerforening, bestyrelsesarbejde, pengeindsamling, besøgsven, skolebestyrelse, værested o.l.)

(Kun ét X)

Ja

Nej, men jeg kunne godt
tænke mig at gøre det

Nej, og jeg har ikke
tænkt mig at gøre det

Transport

76. Har du inden for de seneste 12 måneder undladt at deltage i følgende aktiviteter på grund af problemer med transport:

(Sæt ét X i hver linje)

Nej

Ja

Besøg hos familie eller venner

Deltagelse i kulturelle arrangementer (f.eks. musik, sport, teater, film)

Brug af sundhedsvæsenets tilbud (f.eks. behandling eller kontrol hos læge, genoptræning, patientuddannelse, forebyggelse)

Motionsaktiviteter

Andet

Søvn



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

(Kun ét X)

Ja,
som regel

Ja, men
ikke tit nok

Nej, aldrig
(næsten aldrig)

78. I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? (Medtag middagslur)

timer og

minutter pr. døgn



Sexliv og graviditet

79. I hvilken grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov?

	(Kun ét X)
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"/>
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Har ikke haft nogen seksuelle behov inden for det seneste år	<input type="checkbox"/>

80. Er du/din partner gravid?

Ja Nej

Personlige forhold

81. Hvad er dit køn:

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

82. Hvornår er du født?

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

83. Bor du sammen med andre?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Hvilken skoleuddannelse har du?

	(Kun ét X)
Går stadig i skole	<input type="checkbox"/>
7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/>
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>
Studerer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>

85. Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)	<input type="checkbox"/>
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)	<input type="checkbox"/>
Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer)	<input type="checkbox"/>
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand. mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

86. Er du under uddannelse?

Ja Nej

87. Er du i arbejde?

Ja Nej



Tilfredshed med livet

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

(1 betyder meget utilfreds og 10 betyder meget tilfreds)

(Kun ét X)

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

89. Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19 pandemien?

(Sammenlign med din livskvalitet før COVID-19 pandemien)

(Kun ét X)

Ja, den er blevet meget dårligere	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt dårligere	<input type="checkbox"/>
Nej, den er uændret	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet lidt bedre	<input type="checkbox"/>
Ja, den er blevet meget bedre	<input type="checkbox"/>



Tak for hjælpen

Returner venligst det udfyldte skema i svarkuverten, porto er betalt.

Region Sjælland, 2021.

Illustrationer: Hans Henrik Ruus

Dele af spørgeskemaet er belagt med ophavsrettigheder.