

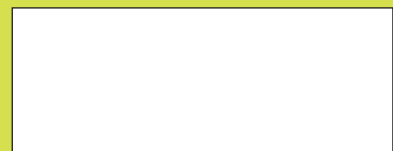


---

## Hvordan har du det? - 2013

En undersøgelse af sundhed  
og trivsel i din kommune og  
Region Sjælland

Spring turen til postkassen over.  
Udfyld spørgeskemaet på internettet  
på [www.hvordanhardudet.dk](http://www.hvordanhardudet.dk)



## Information om undersøgelsen

**Formålet med undersøgelsen** er at kortlægge borgernes sundhed og sygdom. Resultaterne vil indgå i Region Sjællands Sundhedsprofil og blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i regionen.

**Undersøgelsen gennemføres i Region Sjælland.** Dele af de indsamlede data vil desuden indgå i en landsdækkende undersøgelse, som udføres af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

**Det er naturligvis frivilligt** at deltage. Ved at udfylde og indsende skemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke, hvorefter de afgivne oplysninger vil blive slettet.

**For at mindske antallet af spørgsmål** henter vi supplerende oplysninger om dine kontakter med læge og sygehus samt andre helbredsoplysninger fra offentlige databaser.

**Dine svar behandles fortroligt.** Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik, og resultaterne offentliggøres i en form, så enkeltpersoner ikke kan genkendes. Projektet er anmeldt til Datatilsynet, og Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af dit privatliv. Region Sjælland er dataansvarlig, og undersøgelsen udføres af Region Sjællands Center for Kvalitet og Udvikling, Alleen 15, 4180 Sorø.

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

**Vi trækker lod om 1400 biografbilletter** blandt de modtagne skemaer, som tak for deltagelse.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, kan du kigge på [www.regionsjælland.dk/sundhedsprofil](http://www.regionsjælland.dk/sundhedsprofil). Du er også velkommen til at ringe på telefon 2966 7492 eller sende en e-mail til: [sundhedsprofil@regionsjælland.dk](mailto:sundhedsprofil@regionsjælland.dk).

Venlig hilsen

Inger Helt Poulsen, projektansvarlig

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.  Frisk hvid korrekturlak kan dog også bruges.	<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.  Hvis du ikke kender det nøjagtige svar, så skriv venligst det svar, du tror, kommer nærmest.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">8</span> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">2</span> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">1</span> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">7</span> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">8</span> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">?</span> <span style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;"> </span> </div>

## Køn og alder

1. Er du:

2. Hvornår er du født?

Mand	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kvinde	<input type="checkbox"/>	Dato	Måned	År

## Helbred og trivsel

3. 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"/>

4. 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 flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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 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"/>

6. 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 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"/>

**7. 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"/>

**8. 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"/>

**9. 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	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. 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 oprevet 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 alt det, 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"/>

### 11. Har du indenfor de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af de 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"/>
Andre belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Symptomer og ubehag de seneste 14 dage

### 12. 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

### 13. 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"/>

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 kryds i hver linje)			→	(Sæt ét kryds 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 rygsygdomme	<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"/>

## Ryging

15. Ryger du?

(Kun ét X)		
Ja, hver dag	<input type="checkbox"/>	
Ja, mindst én gang om ugen	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 18
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 18
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20

**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. I hvor mange år har du røget dagligt?**

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

**18. Vil du gerne holde op med at ryge:**

(Kun ét X)	
Nej	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 20
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"/>

**19. 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"/>

**20. Hvor mange timer om dagen plejer du at opholde dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?**

(Kun ét X)	
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 om dagen	<input type="checkbox"/>

## Euforiserende stoffer

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

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (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"/>

22. Hvis ja inden for den seneste måned, hvor ofte?

(Sæt ét X i hver linje)	1-2 gange	3-5 gange	6-19 gange	20 gange og derover
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

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 34

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

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

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

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

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

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

27. 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	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>



### 28. 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 29. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

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

### 30. 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 selvom 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

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

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

### 32. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

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

### 33. 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"/>

### 34. 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"/>
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 møde	<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.

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

(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 på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 36. 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
Kødpålæg	<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"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 37. 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 (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"/>

### 38. 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 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"/>

### 39. 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 vindrukerneolie	<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"/>					

### 40. Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos. (Kun ét X)

Mere end 6 om dagen	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"/>

#### 41. Hvor ofte spiser eller 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	Sjældnere/ aldrig
Frugtjuice (1 glas)	<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"/>
Kager, chokolade, is, slik	<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"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 42. I hvor høj grad nyder du at spise?

(Kun ét X)	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 43. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

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

#### 44. Vil du gerne spise mere sundt?

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

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

	(Sæt ét X i hver linje)		(Sæt ét X i hver linje)		(Sæt ét X i hver linje)	
	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fedtholdig fastfood (pommes frites, pizza, burger mm)	
	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt	Tilladt	Ikke tilladt
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"/>
Arbejdspladser	<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

46. 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"/>

47. Det følgende handler om, hvor meget du bevæger dig såvel på arbejde/uddannelsen som i din fri tid. 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 handler om DAGLIGE aktiviteter:  
Hvor mange timer og minutter om dagen bruger du typisk på



Søvn: Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? (medtag middagslur)

Timer    Minutter

--	--	--	--

Stillesiddende arbejde?

--	--	--	--

Stående eller gående arbejde?

--	--	--	--

Hårdt fysisk arbejde? (f.eks. tunge løft eller trappegang)

--	--	--	--

Hvor mange timer og minutter bruger du om dagen på cykling eller gang i forbindelse med transport?

--	--	--	--

Hvor mange timer og minutter om dagen bruger du ca. på at se TV, sidde ned og slappe af, læse, lytte til musik eller lignende?

--	--	--	--

Nedenstående spørgsmål handler om UGENTLIGE aktiviteter:  
Hvor mange timer og minutter om dagen bruger du typisk på:



Let fysisk aktivitet som f.eks. gåture, let rengøring, feje eller rive i haven, let anstrengende motion som f.eks. yoga, bowling eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde eller uddannelse)

Timer    Minutter

--	--	--	--

Havearbejde, bære ting op ad trappen eller moderat anstrengende sport som f.eks. gymnastik, svømning, cykling, styrketræning eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde eller uddannelse)

--	--	--	--

Anstrengende sport og motion som f.eks. løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende? (medtag ikke transport til og fra arbejde eller uddannelse)

--	--	--	--

## 48. Hvordan synes du alt i alt, du sover?

(Kun ét kryds)	Virkelig godt	Godt	Nogenlunde	Dårligt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét kryds)	Ja, som regel	Ja, men ikke tit nok	Nej, aldrig (næsten aldrig)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 50. Hvordan vurderer du din fysiske form?

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

## 51. 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"/>

## 52. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

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

## 53. I hvor høj grad nyder du at være fysisk aktiv?

(Kun ét X)	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	Slet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sexliv

54. I hvor høj grad har du inden for det seneste år fået dækket dit seksuelle behov? (Kun ét kryds)

Fuldstændigt	Næsten fuldstændigt	Delvist	Lidt	Slet ikke	Har ikke haft seksuelle behov inden for det seneste år	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Højde og vægt

55. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde	<input type="text"/>	cm (f.eks. 172 cm)
-------------	----------------------	--------------------

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

Skriv vægt	<input type="text"/>	Kg
------------	----------------------	----

57. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)	Alt for lav	Lidt for lav	Tilpas	Lidt for høj	Alt for høj
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Vil du gerne tabe dig?

(Kun ét X)	Ja, i høj grad	Ja, i nogen grad	Nej	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Har du nu, eller har du tidligere haft en spiseforstyrelse?

(Kun ét X)	Ja, har <u>nu</u>	Nej, men har <u>tidligere</u> haft	Nej, har <u>aldrig</u> haft
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Besøg hos lægen

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

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 62

61. 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"/>

## Information eller tilbud om hjælp

62. Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om muligheden for at få kurser og/eller professionel personlig vejledning i forbindelse med: (Hvis »Ja,« sæt gerne flere X'er)

	Nej	Ja, fra kommunens personale*	Ja, fra egen læge	Ja, fra sygehus	Ja, på apoteket	Ja, fra arbejdet/uddannelsen	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"/>
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"/>
Stofmisbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress-håndtering	<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 personale forstås fx sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, sundhedskonsulent i sundhedscenter/ -bus /-hus.

63. Har du inden for de seneste 12 måneder deltaget i kurser og/eller fået professionel personlig vejledning i forbindelse med nedenstående: (Hvis »Ja,« sæt gerne flere X'er)

	Nej	Ja, fra kommunens personale*	Ja, fra egen læge	Ja, fra sygehus	Ja, på apoteket	Ja, fra arbejdet/uddannelsen	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"/>
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"/>
Stofmisbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress-håndtering	<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 personale forstås fx sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, sundhedskonsulent i sundhedscenter/ -bus /-hus.



## Kontakt med andre mennesker

### 64. 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 eller studiekammerater i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer eller 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"/>

### 65. 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"/>

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

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

### 67. Hvordan ser du dig selv i forhold til nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Har du generelt svært ved at få og beholde venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ville du generelt beskrive dig selv som en enspænder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoler du generelt på andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du almindeligvis let ved at miste besindelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du normalt en impulsiv type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du normalt en bekymret type?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i almindelighed meget afhængig af andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du i almindelighed en perfektionist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Biform, uddannelse og arbejde

68. Bor du alene eller sammen med andre? (Sæt ét eller flere X)

Jeg bor alene	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med min ægtefælle eller samlever	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med forældre	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med barn/ børn <u>under</u> 16 år	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med ung/unge (16-20 år)	<input type="checkbox"/>
Jeg bor sammen med andre voksne <u>over</u> 20 år	<input type="checkbox"/>

69. 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 71
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørgsmål 71
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørgsmål 71
Studententer-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørgsmål 71
Andet (herunder udenlandsk skole)	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørgsmål 71

70. Hvilken skole- eller ungdomsuddannelse er du i gang med? (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"/>
EUD (teknisk skole)	<input type="checkbox"/>
HF	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>

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

	(Kun ét X)
Nej	<input type="checkbox"/>
Et eller flere kortere kurser (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 (fx folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)	<input type="checkbox"/>
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog)	<input type="checkbox"/>
Anden uddannelse	<input type="checkbox"/>

## 72. Er du under uddannelse?

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

## 73. Er du i arbejde?

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

## 74. Hvor mange hele timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

	Skriv antal timer
	<input type="text"/>

## 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Transport og deltagelse

76. Bruger du almindeligvis tid på transport til og fra arbejde, uddannelse eller lignende?

Nej, jeg bruger ikke almindeligvis tid på ovennævnte transport:  → gå til spørgsmål 79

Ja, pr. dag bruger jeg  timer og  minutter på ovennævnte transport

77. Hvis du har svaret ja til ovenstående, hvor mange kilometer svarer det til sammenlagt pr. dag?

Skriv antal hele km:

78. Hvis du har svaret ja til ovenstående, hvilke transportmidler anvender du primært i den forbindelse?

(Sæt gerne flere krydser)

Bil

Bus

Tog

Cykel

Gang

Andet

79. Hvor langt er der fra din bolig til nærmeste grønne område eller naturområde?

(Sæt ét X i hver linje)	Mindre end 300 m	300 m – 1 km	1 – 5 km	Mere end 5 km	Ved ikke
Strand, hav, sø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, grønt område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbrugsmarker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet åbent naturområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Hvor ofte kommer du i sommerhalvåret ud i et grønt område eller et naturområde?

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt	Flere gange ugentligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent/aldrig	Ved ikke
Strand, hav, sø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Park, grønt område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbrugsmarker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet åbent naturområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**81. Har du inden for de seneste 12 måneder undladt at deltage i følgende aktiviteter pga problemer med transport:**

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja
Besøg hos familie eller venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltagelse i kulturelle arrangementer (f.eks. musik, sport, teater, film)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brug af sundhedsvæsenets tilbud (f.eks. behandling eller kontrol hos læge, genoptræning, patientuddannelse, forebyggelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brug af natur/ grønne områder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Tilfredshed med livet

**82. 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 kryds)

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





---

# Tak for hjælpen

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