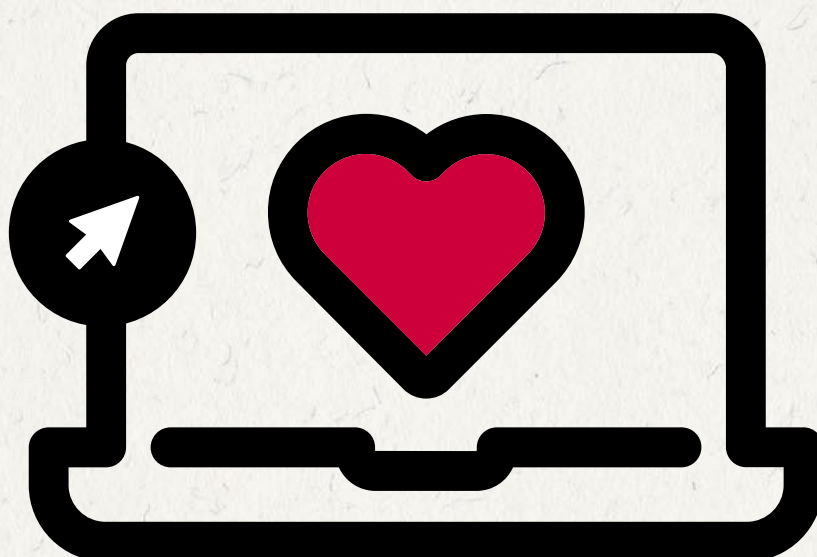


# HVORDAN HAR DU DET?



En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne i Region Hovedstaden 2017



Dit svar hjælper os med at få et unikt indblik i sundhed og trivsel. Vi bruger undersøgelsen til at forbedre forebyggelsen og behandlingen af sygdomme i din kommune, i regionen og i hele Danmark



## OPLYSNINGER OM UNDERSØGELSEN

**Formålet med undersøgelsen** er at kortlægge trivsel, sundhed og sygdom hos borgerne i Region Hovedstaden. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i din kommune, i regionen og i hele Danmark. Undersøgelsen er en del af en national undersøgelse, og laves samtidigt i alle landets kommuner.

**Det er naturligvis frivilligt** at deltage i undersøgelsen. Ved at udfylde og indsende spørgeskemaet giver du dit samtykke til at deltage i undersøgelsen og til at vi indhenter supplerende oplysninger fra registre. Vi indhenter oplysninger om kontakt til læge og hospital fra en række sundhedsregistre, f.eks. Sygesikringsregistret og Landspatientregistret, samt andre oplysninger fra offentlige databaser på Danmarks Statistik. Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke.

**Dine svar behandles fortroligt.** Alle som arbejder med undersøgelsen har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes til statistik og dine svar afidentificeres, når der indhentes supplerende oplysninger fra registre.

Undersøgelsens resultater opgøres udelukkende på gruppeniveau, således at dine svar ikke kan henføres direkte til dig. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet. Region Hovedstaden er dataansvarlig. Undersøgelsen laves af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup.

**Nummeret på forsiden** er med for, at vi kan holde rede på, hvem der har svaret.

**Vi trækker lod om præmier** blandt de modtagne besvarelser som tak for deltagelse. Præmierne er beskrevet på spørgeskemaets bagside. **Jo hurtigere du svarer**, jo større er dine chancer for at vinde.

**Har du spørgsmål til undersøgelsen** kan du læse mere på hjemmesiden [www.svar2017.dk](http://www.svar2017.dk) eller ringe på 3863 4058 (man-fre kl. 9-15).

### På forhånd tak for din hjælp

Cathrine Juel Lau, projektleder  
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed,  
Region Hovedstaden

## SÅDAN UDFYLDER DU SPØRGESKEMAET

Brug venligst en sort eller blå kuglepen eller tynd filtpen. Svarene bliver scannet ind på en maskine, så tal og kryds skal være nemme at tolke, som vist i nedenstående eksempler

	Rigtigt	Forkert
Sæt tydelige X	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse, og krydset sættes i den rigtige kasse	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input checked="" type="checkbox"/> Ja, nu <input checked="" type="checkbox"/> Ja, tidligere	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input checked="" type="checkbox"/> Ja, nu <input type="checkbox"/> Ja, tidligere
Tal skrives i felterne	8,5	8,5
Tal rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige ovenover	1, <del>3</del> 3	1, <del>3</del> 3
Hvis du ikke kender det nøjagtige svar, så skriv det svar, du tror kommer nærmest	1,9,7,5	?

+

## KØN OG ALDER

+

**1. Er du**

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

**2. Hvornår er du født?**

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

## HELBRED OG TRIVSEL

**3. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?**

	Fremragende	Vældigt godt	Godt	Mindre godt	Dårligt
(Kun ét X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
<b>Lettere aktiviteter</b> , såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå <b>flere</b> 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 <b>nået mindre</b> , 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 <b>slags</b> 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 <b>nået mindre</b> , 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 <b>omhyggeligt</b> , 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)?**

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
(Kun ét X)	<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.)?**

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
(Kun ét X)	<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 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

## 11. 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"/>

## 12. Hvor mange dage har du i gennemsnit haft migræne eller hovedpine i løbet af de seneste 3 måneder?

(Kun ét X)	0 dage/måned	1-7 dage/måned	8-14 dage/måned	15-30 dage/måned
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)	Nej	Ja, 1-7 dage/måned	Ja, 8-14 dage/måned	Ja, 15-30 dage/måned
Migræne eller hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i øvrige muskler, knogler og led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle former for smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 14. Hvor mange dage pr. måned har du taget smertestillende medicin i løbet af de seneste 3 måneder?

(Sæt ét X i hver linje)	0 dage/måned	1-9 dage/måned	10-14 dage/måned	15-30 dage/måned
Panodil, Pinex, Pamol eller Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipren, Ibuprofen, Ibumetin eller Ibumax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treo, Kodimagnyl eller Kodipar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tramadol, Kodein, Dolol eller Morfin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne medicin f.eks. Imigran eller Sumatriptan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle former for smertestillende medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LANGVARIGE SYGDOMME OG EFTERVIRKNINGER

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

Ja  Nej

**16. 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 <b>aldrig</b> haft	Ja, det har jeg <b>nu</b>	Ja, det har jeg haft <b>tidligere</b>	→	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig <b>eftervirkninger?</b>	
					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 varet <b>mindre end 6 måneder</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse af <b>mere end 6 måneders</b> 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"/>

**17. For allergi bedes du angive hvilke typer du har nu eller har haft tidligere. Har du haft allergi tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.**

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej, det har jeg <b>aldrig</b> haft	Ja, det har jeg <b>nu</b>	Ja, det har jeg haft <b>tidligere</b>	Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig <b>eftervirkninger</b> ?	
				Ja	Nej
Allergisk snue (høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem (længerevarende kløende udslæt på huden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fødevareallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RYGNING

**18. 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 20
Ja, sjældnere end hver uge	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 20
Nej, jeg er holdt op	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 23
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 23

**19. Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?**

(Skriv antal)

Antal cigaretter

Antal cerutter

Antal cigarer

Antal pibestop





**20. Vil du gerne holde op med at ryge?**

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 23
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"/>	

**21. 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  Nej

22. Har du opbakning til rygestop fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

Ja

Nej

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

Over 5 timer  
om dagen

1-5 timer  
om dagen

½ - 1 time  
om dagen

Mindre end  
½ time  
om dagen

0 timer

(Kun ét X)

24. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

Ja,  
hver dag

Ja, nogle gange  
om ugen

Ja, men  
sjældnere  
end hver uge

Nej, aldrig  
eller næsten  
aldrig

(Kun ét X)

## E-CIGARETTER

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

(Kun ét X)

Ja, hver dag

Ja, mindst én gang om ugen

Ja, sjældnere end hver uge

Nej, men jeg har brugt dem tidligere

Nej, men jeg har prøvet dem  
(én eller få gange)

Nej, jeg har aldrig brugt dem

→ Gå til spørgsmål 27

26. Har du oplevet fysiske helbredsgener i forbindelse med brug af e-cigaretter?

Ja, i høj grad

Ja, i nogen grad

Nej

(Kun ét X)

## STOFFER

27. Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?

(Sæt ét X i hver linje)

Nej

Ja

År

Hash

Hvis ja - Hvor gammel var du, da du prøvede  
det første gang? Skriv alder

Andre stoffer (f.eks. kokain,  
amfetamin, ecstasy eller lignende)

Hvis ja - Hvor gammel var du, da du prøvede  
det første gang? Skriv alder



+ +

Det næste spørgsmål er KUN til dig, der har svaret ja til at have prøvet hash eller andre stoffer.  
Hvis du hverken har prøvet hash eller andre stoffer, fortsæt venligst med spørgsmål 29.

**28. Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du:**

(Sæt ét X i hver linje)	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10-19 gange	Mindst 20 gange
Røget hash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indtaget andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALKOHOL

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

Ja       Nej       → Hvis nej, gå til spørgsmål 42

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

Ja       Nej

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

Ja       Nej

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

Ja       Nej

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

Ja       Nej

**34. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?**

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"/>

**35. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?**

Ja  Nej

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

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"/>	<b>1 genstand =</b> 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
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"/>	

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

Næsten dagligt eller dagligt    Ugentligt    Månedligt    Sjældent    Aldrig

(Kun ét X)                   

**38. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?**

Ja    Nej    Ved ikke

(Kun ét X)            →    Hvis nej, gå til spørgsmål 41   

**39. Hvis du vil nedsætte dit alkoholforbrug, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?**

Ja  Nej

**40. Har du opbakning til at nedsætte dit alkoholforbrug fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?**

Ja  Nej

**41. Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?**

Særdeles fornuftige    Fornuftige    Hverken fornuftige eller ufornuftige    Lidt ufornuftige    Meget ufornuftige

(Kun ét X)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <b>dagen</b>	1-2 gange om <b>dagen</b>	4-6 gange om <b>ugen</b>	1-3 gange om <b>ugen</b>	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"/>

**43. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?**

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 2 gange om <b>dagen</b>	1-2 gange om <b>dagen</b>	4-6 gange om <b>ugen</b>	1-3 gange om <b>ugen</b>	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"/>

**44. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?**

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 1 gang om <b>dagen</b>	5-7 gange om <b>ugen</b>	3-4 gange om <b>ugen</b>	1-2 gange om <b>ugen</b>	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin, lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ (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"/>

**45. Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?**

(Sæt ét X i hver linje)

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

**46. 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 <b>dagen</b>	5-7 gange om <b>ugen</b>	3-4 gange om <b>ugen</b>	1-2 gange om <b>ugen</b>	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"/>
Olivenuolie	<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"/>

**47. Hvor ofte spiser eller drikker du følgende?**

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om <b>dagen</b>	5-7 gange om <b>ugen</b>	3-4 gange om <b>ugen</b>	1-2 gange om <b>ugen</b>	Sjældnere/ aldrig
Mad fra pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kager, chokolade, is og slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <b>med</b> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, cola, saft og lignende <b>uden</b> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energidrik (f.eks. Red Bull, Cult m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. 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 <b>dagen</b>	5-6 om <b>dagen</b>	3-4 om <b>dagen</b>	1-2 om <b>dagen</b>	5-6 om <b>ugen</b>	3-4 om <b>ugen</b>	1-2 om <b>ugen</b>	Ingen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49. Vil du gerne spise mere sundt?**

(Kun ét X)	Ja	Nej	Ved ikke	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ Hvis nej, gå til spørgsmål 52	<input type="checkbox"/>

+

50. Hvis du vil spise sundere, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?

Ja  Nej

51. Har du opbakning til at spise sundere fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

Ja  Nej

52. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

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

## FYSISK AKTIVITET

### 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).

53. På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges (det kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt)?

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

timer og  minutter pr. uge

54. Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale (det kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil).

Medtag kun aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen.

timer og  minutter pr. uge

55. 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"/>

STILLESIDDEDE TID

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

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

På en hverdag/arbejdsdag

(Udfyld alle felter)

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

MOTIVATION FOR FYSISK AKTIVITET

**57. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?**

Ja                      Nej    Ved ikke

(Kun ét X)                  → Hvis nej, gå til spørgsmål 60     

**58. Hvis du vil være mere fysisk aktiv, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?**

Ja       Nej

**59. Har du opbakning til at blive mere fysisk aktiv fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?**

Ja       Nej

**60. Hvordan vurderer du din fysiske form?**

Virkelig god                      God                      Nogenlunde                      Mindre god                      Dårlig

(Kun ét X)

**61. Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn?**

(Medtag middagslur)

timer og  minutter pr. uge

**62. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?**

Ja, som regel

Ja, men ikke  
tit nok

Nej, aldrig  
(næsten aldrig)

(Kun ét X)




## SEX OG PRÆVENTION

**63. Hvor mange forskellige seksualpartnere har du haft inden for de seneste 12 måneder?**

partnere

**64. Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?**

Ingen

Ingen, da jeg  
ønsker at  
få et barn

Kondom

Andet

(Sæt gerne flere X'er)





**65. Har du fået konstateret nogle af følgende sygdomme inden for de seneste 12 måneder?**

(Sæt et X i hver linje)

Ja

Nej

Klamydia



Gonorré



Kønsvorter (kondylomer)



Herpes ved kønsorganerne



Syfilis



Anden seksuelt overført sygdom

## HØJDE OG VÆGT

### 66. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde  cm (f. eks. 172 cm)

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

Skriv vægt  kg

### 68. Hvordan vurderer du selv din vægt?

Alt for lav      Lidt for lav      Tilpas      Lidt for høj      Alt for høj  
(Kun ét X)                             

### 69. Vil du gerne tabe dig?

Ja, i høj grad      Ja, i nogen grad      Nej      Ved ikke  
(Kun ét X)                         → Hvis nej, gå til spørgsmål 72

### 70. Hvis du vil tabe dig, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?

Ja       Nej

### 71. Har du opbakning til vægttab fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

Ja       Nej



# KONTAKT MED SUNDHEDSVÆSENET

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

Ja       Nej       →      Hvis nej, gå til spørgsmål 74

## 73. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:

(Sæt et 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"/>

## 74. Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til ...?

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej	Ja, fra kommunen*	Ja, fra egen læge	Ja, fra hospitalet	Ja, fra arbejdet/ studiet	Ja, fra andre
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af motionsvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* F.eks. sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, familiekonsulent eller sundhedskonsulent

## 75. Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til...?

Ved "tilbud" forstås kurser eller professionel personlig vejledning.

(Sæt mindst ét X i hver linje)	Nej	Ja, fra kommunen*	Ja, fra egen læge	Ja, fra hospitalet	Ja, fra arbejdet/ studiet	Ja, fra andre
Rygestop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændring af motionsvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* F.eks. sundhedsplejerske, hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, familiekonsulent eller sundhedskonsulent

## DIN HOLDNING TIL MULIGE FOREBYGGELSESTILTAG

**76. Synes du, at det er en god idé, at rygning i Danmark skal være forbudt (dog med mulighed for at købe tobak på recept, hvis man allerede er afhængig)?**

	Ja, inden for 5 år	Ja, om 10 år	Ja, om 20 år	Ja, om 30 år eller mere	Nej
(Kun ét X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**77. Skal afgiften på tobaksvarer øges?**

Ja       Nej

**78. Skal afgiften på alkohol øges?**

Ja       Nej

**79. Skal der være forskellige afgifter på fødevarer, så sunde fødevarer bliver billigere og usunde fødevarer dyrere?**

Ja       Nej

## KONTAKT MED ANDRE MENNESKER

### 80. 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, sociale medier og lignende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 81. 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"/>

### 82. 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"/>

### 83. 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"/>

### 84. Ønsker du støtte og hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter?

(f.eks. foreningsliv, kulturelle aktiviteter, idræt eller andre tilbud)

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

## DIT LOKALOMRÅDE

### 85. Har du let adgang til følgende faciliteter i det område, hvor du bor?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej	Ved ikke
Cykelstier, gangstier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønne områder (f.eks. skov, strand, park)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrætsfaciliteter (f.eks. boldbane, svømmehal, idrætshal, fitnesscenter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt sundhedscenter, aktivitetscenter, ældrecenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supermarked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiosk/købmand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 86. Deltager du i fritidsaktiviteter i det område, hvor du bor?

(Med fritidsaktiviteter menes f.eks. idræt, dans, musik, teater, foreningsaktiviteter, frivilligt arbejde)

Ja     Nej     → Hvis nej, gå til spørgsmål 88

### 87. Kan du få/købe følgende mad- og drikkevarer i forbindelse med én eller flere af dine fritidsaktiviteter i det område, hvor du bor?

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja	Nej	Ved ikke
Fastfood (pizza, burger, pølser, toast m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, energidrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kager, chokolade, is og slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frugt og grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## PERSONLIGE FORHOLD

+

### 88. 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"/>

### 89. 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"/>

### 90. 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"/>

### 91. Er du under uddannelse?

Ja  Nej

### 92. Er du i arbejde?

Ja  Nej

+

+

De næste spørgsmål er KUN til dig, som er under uddannelse eller i arbejde. Hvis du ikke er under uddannelse eller i arbejde, fortsæt venligst med spørgsmål 100 på side 23.

## ARBEJDSLIV OG UDDANNELSESLIV

**93. Hvor er du ansat?** (Dette spørgsmål er kun til dig, som er i arbejde)

	I egen virksomhed	I privat virksomhed	I en kommune	I en region	I staten
(Kun ét X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94. Hvor er det tilladt at ryge på din arbejdsplads/uddannelse?**

	(Kun ét X)
Det er tilladt at ryge overalt	<input type="checkbox"/>
Rygning er begrænset til enkelte rygeområder	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt i særlige rygerum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er kun tilladt udendørs	<input type="checkbox"/>
Rygning er helt forbudt	<input type="checkbox"/>
Der er røgfri arbejdstid/skoletid	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

**95. Hvor er det tilladt at bruge e-cigaretter på din arbejdsplads/uddannelse?**

	(Kun ét X)
Det er tilladt at bruge e-cigaretter overalt	<input type="checkbox"/>
Brug af e-cigaretter er begrænset til enkelte områder	<input type="checkbox"/>
Brug af e-cigaretter er kun tilladt i særlige rum og udendørs	<input type="checkbox"/>
Brug af e-cigaretter er kun tilladt udendørs	<input type="checkbox"/>
Brug af e-cigaretter er helt forbudt	<input type="checkbox"/>
Det er der ikke taget stilling til	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

**96. Kan du få/købe følgende mad- og drikkevarer på din arbejdsplads eller uddannelse?**

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej	Ved ikke
Fastfood (pizza, burger, pølser, toast m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, energidrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kager, chokolade, is og slik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frugt og grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

# TRANSPORT TIL ARBEJDE ELLER UDDANNELSE

+

## 97. Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Skriv antal hele km

## 98. Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

(Kun ét X)

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Bil                           | <input type="checkbox"/> |
| Bus                           | <input type="checkbox"/> |
| Tog                           | <input type="checkbox"/> |
| Knallert, scooter, motorcykel | <input type="checkbox"/> |
| El-cykel                      | <input type="checkbox"/> |
| Cykel                         | <input type="checkbox"/> |
| Jeg går eller løber           | <input type="checkbox"/> |
| Andet                         | <input type="checkbox"/> |

## 99. Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse?

timer og  minutter

## AFSLUTTENDE SPØRGSMÅL

### 100. Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?

- |            |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            | Meget dårlig             | Dårlig                   | Hverken god eller dårlig | God                      | Særdeles god             |
| (Kun ét X) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Så er der ikke flere spørgsmål – men har du lyst til at uddybe noget eller kommentere undersøgelsen, kan du gøre det her: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# TAK FOR HJÆLPEN!

Returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten – porto er betalt

Som tak for din besvarelse, deltager du i lodtrækningen om følgende præmier...

**250x2** biografbilletter

blandt deltagere, der svarer inden  
den 10. marts 2017

**2** iPhone 7

blandt deltagere, der besvarer  
spørgeskemaet på nettet

**1** SuperGavekort\*

å 5.000 kr

**3** SuperGavekort\*

å 2.000 kr

**5** SuperGavekort\*

å 1.000 kr

\*SuperGavekortet kan frit anvendes til  
150 butikskæder og oplevelser, f.eks.  
rejser, gastronomi, wellness, en tur i  
Tivoli og meget andet.

**Vinderne får direkte besked pr. brev i maj 2017**

**Vi glæder os til at modtage dine svar...**