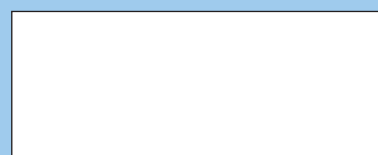




Hvordan har du det?

2007

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



Oplysninger om undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at beskrive sundhedstilstanden blandt voksne i Region Hovedstaden og den enkelte kommune. Resultaterne vil blive brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden.

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

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

Dine svar beskyttes af lov om behandling af personoplysninger. Det betyder, at alle, som arbejder med undersøgelsen, har tavshedspligt. Oplysningerne anvendes udelukkende til statistik. Resultaterne offentliggøres i en form, hvor enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Stregkoden 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 trækker lod om seks præmier blandt de modtagne skemaer som tak for deltagelse:

2 x 1. præmie: 6.000 kr. 2 x 2. præmie: 4.000 kr. 2 x 3. præmie: 2.000 kr

Jo hurtigere, du svarer, jo større er dine chancer for at vinde.

Du kan få mere at vide om undersøgelsen på vores hjemmeside: www.fcfs.dk/sundhedsprofil.

Har du yderligere spørgsmål, er du velkommen til at ringe på telefon 43 23 33 59 (man-fre kl. 10-15) eller sende en e-mail til sundhedsprofil@regionh.dk.

Med venlig hilsen

Charlotte Glümer

Helle Hilding-Nørkjær

Torben Jørgensen

**Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Region Hovedstaden**

SÅDAN UDFYLDES SPØRGESKEMAET:	RIGTIGT	FORKERT
Sæt et tydeligt KRYDS	<input type="checkbox"/> nej <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej ✓ <input type="checkbox"/> ja
Brug helst mørkeblå eller sort kuglepen eller lignende. Hvis du fortryder en afkrydsning, skal du udfylde firkanten helt , og sætte kryds det rigtige sted. <i>Frisk hvid korrekturlak kan dog også bruges.</i>	<input type="checkbox"/> regelmæssigt <input checked="" type="checkbox"/> periodevis <input checked="" type="checkbox"/> aldrig	<input type="checkbox"/> regelmæssigt <input checked="" type="checkbox"/> periodevis <input type="checkbox"/> aldrig
Enkelte steder skal du ikke krydse af. Skriv venligst med tydelige tal . Skriv over stregen .	<u> 83 </u>	<u> 83 </u>
Hvis du ikke kender det nøjagtige svar, så skriv venligst det svar, du tror, kommer nærmest.	<u> 217 </u>	<u> ? </u>

Helbred og trivsel

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

(Kun ét X)

Fremragende	<input type="checkbox"/>
Vældig godt	<input type="checkbox"/>
Godt	<input type="checkbox"/>
Mindre godt	<input type="checkbox"/>
Dårligt	<input type="checkbox"/>

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At gå flere etager op ad trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)

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

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Lidt	<input type="checkbox"/>
Noget	<input type="checkbox"/>
En hel del	<input type="checkbox"/>
Virkelig meget	<input type="checkbox"/>

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Følt dig rolig og afslappet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været fuld af energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt dig trist til mode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Kun ét X)

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

8. **Hvordan, synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?**

Virkelig god	<input type="checkbox"/>
God	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>

Symptomer og sygelighed

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

(Sæt ét X i hver linje)

	Nej	Ja, lidt generet	Ja, meget generet
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<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"/>
Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i maven eller oppustet mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, hård eller tynd mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivssmerter, kraftige menstruationssmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at holde på vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at komme af med vandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed eller søvnbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsgener trods briller / linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høregener eller nedsat hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hududslet, hudkløe eller eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skriv hvad _____

10. For hver af de følgende sygdomme 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 følgerikninger.

	(Sæt ét X i hver linje)			→	(Sæt ét X i hver linje)	
	Nej, det har jeg <u>aldrig</u> haft	Ja, det har jeg <u>nu</u>	Ja, det har jeg haft <u>tidligere</u>		Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig følgerikninger?	
					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"/>
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"/>
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"/>
Hjertekrampe (angina)	<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"/>
Forbigående psykisk lidelse (fx depression eller angst)	<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"/>

Dagligdagens stress

11. Føler du dig stresset i din hverdag?

(Kun ét X)

Ja, ofte	<input type="checkbox"/>
Ja, af og til	<input type="checkbox"/>
Nej, næsten aldrig	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

12. Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for den seneste måned. Ved hvert punkt bedes du angive med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.

Hvor ofte inden for den seneste måned ...

(Sæt ét X i hver linje)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
er du blevet bragt ud af det over noget, der skete uventet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rygning

13. Ryger du?

(Kun ét X)

Ja, dagligt	<input type="checkbox"/>
Ja, lejlighedsvis (mindre end 1 cigaret, cerut, cigar eller pibestop dagligt)	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 15
Nej, men jeg har røget tidligere	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 23
Nej, jeg har aldrig røget	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 25

14. For dagligrygere:

Hvor meget ryger du i gennemsnit om dagen?

(Skriv antal)

Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Gram pibetobak	<input type="text"/>

15. For lejlighedsvis rygere:

Hvor meget ryger du i gennemsnit om ugen?

(Skriv antal)

Antal cigaretter	<input type="text"/>
Antal cerutter	<input type="text"/>
Antal cigarer	<input type="text"/>
Gram pibetobak	<input type="text"/>

16. Hvor lang tid går der, fra du vågner, til du ryger dagens første cigaret, cerut, cigar eller pibe? +

(Kun ét X)

Højst 5 minutter	<input type="checkbox"/>
6-30 minutter	<input type="checkbox"/>
31-60 minutter	<input type="checkbox"/>
Over 60 minutter	<input type="checkbox"/>

17. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge hver dag?

(Kan du ikke huske det nøjagtigt, så skriv en ca. alder)

Skriv alder

18. I hvor mange år har du røget dagligt?

Skriv antal år

19. Benytter du nikotinprodukter i situationer, hvor du ikke vil/må ryge?

(Kun ét X)

Ja, dagligt	<input type="checkbox"/>
Ja, lejlighedsvist	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

20. Hvor mange gange har du prøvet at holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
1-2 gange	<input type="checkbox"/>
3 eller flere gange	<input type="checkbox"/>

21. Vil du gerne holde op med at ryge?

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25
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"/>	

22. Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?

(Fx rygestopkursus, støtte fra din læge)

Ja	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25
Nej	<input type="checkbox"/>	→ Gå til spørgsmål 25

23. Har du tidligere røget hver dag?

+

(Kun ét X)

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, højst 14 cigaretter dagligt	<input type="checkbox"/>
Ja, 15 cigaretter eller mere dagligt	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvor gammel var du, da du startede? **Alder i år****Hvis ja, hvornår holdt du op med at ryge dagligt?** **Skriv årstal****24. Bruger du i øjeblikket nikotinprodukter?***(Kun ét X)*

Ja, dagligt	<input type="checkbox"/>
Ja, lejlighedsvist	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

25. Synes du, at rygning på følgende steder skal være tilladt, begrænset eller forbudt?

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

26. Er det tilladt at ryge på din arbejdsplads?*(Kun ét X)*

Jeg arbejder ikke	<input type="checkbox"/>
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"/>

+

27. Hvor mange timer om dagen plejer du at opholde dig i rum, hvor der bliver røget? +

(Kun ét X)

Over 5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1–5 timer om dagen	<input type="checkbox"/>
1/2–1 time om dagen	<input type="checkbox"/>
Stort set aldrig	<input type="checkbox"/>

28. Har du en ægtefælle/samlever, der ryger?

Ja Nej

29. Bliver der røget indendørs i dit hjem?

(Kun ét X)

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

Alkohol

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

Ja
Nej → Gå til spørgsmål 42

31. Hvor meget af følgende har du gennemsnitligt drukket om ugen i de seneste 12 måneder?

(Skriv antal genstande)

<input type="text"/>	almindelige øl om ugen
<input type="text"/>	stærke øl om ugen
<input type="text"/>	glas vin om ugen (1/1 fl. vin = 6 glas)
<input type="text"/>	glas hedvin om ugen (fx sherry, portvin)
<input type="text"/>	glas snaps eller anden spiritus om ugen

32. 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

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

(Kun ét X)

Næsten dagligt eller dagligt	<input type="checkbox"/>
Ugentligt	<input type="checkbox"/>
Månedligt	<input type="checkbox"/>
Sjældent	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>

34. Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

+

Ja Nej

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

Ja Nej

36. Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?

(Kun ét X)

Særdeles fornuftige

Fornuftige

Hverken fornuftige eller ufornuftige

Lidt ufornuftige

Meget ufornuftige

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

Ja Nej

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

Ja Nej

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

Ja Nej

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

Ja Nej

41. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

Ja Nej

42. Har du tidligere haft et dagligt alkoholforbrug?

Ja Nej

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

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

Kost

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

44. Hvor ofte spiser du følgende slags brød?

(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
Rugbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst franskbrød, boller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groft franskbrød, grovboller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof?

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

46. Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

(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
Mager ost (30+ eller derunder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fed ost (45+ eller derover)	<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"/>
Kødpålæg, leverpostej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

(Sæt ét X i hver linje)	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	Sjældnere/ aldrig
Kød (okse, kalv, svin eller lam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjerkræ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsags-, vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntsager i sammenkogte retter eller wokretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (pizza, burger, pølser, shawarma m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. 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"/>
Flydende margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør, Kærgården o.lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majs-, solsikke- eller vindruekerneolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madolie, salatolie, rapsolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver mad uden fedtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke ved det, fx fordi du får mad udefra, sæt X her

50. 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	<input type="checkbox"/>
5-6 om dagen	<input type="checkbox"/>
3-4 om dagen	<input type="checkbox"/>
1-2 om dagen	<input type="checkbox"/>
3-6 om ugen	<input type="checkbox"/>
1-2 om ugen	<input type="checkbox"/>
Ingen / næsten ingen	<input type="checkbox"/>

51. Hvor ofte spiser og drikker du nedenstående?

(Sæt ét X i hver linje)

	Mere end 1 gang om dagen	5-7 gange om ugen	3-4 gange om ugen	1-2 gange om ugen	1-3 gange om måned	Sjældnere /aldrig
Kager, chokolade, is, slik (lakrids, vingummi m.m.), snacks (chips, popcorn m.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft <u>med</u> sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

52. Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

+

(Kun ét X)

Meget sunde	<input type="checkbox"/>
Sunde	<input type="checkbox"/>
Nogenlunde sunde	<input type="checkbox"/>
Usunde	<input type="checkbox"/>
Meget usunde	<input type="checkbox"/>

53. Vil du gerne spise mere sundt?

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

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

(Sæt tre X'er i hver linje)

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

55. Er du enig eller uenig i følgende udsagn om frugt og grønt:

(Sæt ét X i hver linje)

	Enig	Delvist enig	Delvist uenig	Uenig
Jeg ville spise mere frugt og grønt, hvis frugt og grønt blev billigere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville spise mere frugt og grønt, hvis frugt og grønt fik en mere central placering i min dagligvarebutik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville spise mere frugt og grønt, hvis udbudet af frugt og grønt, der er let at spise (f.eks. udskåret frugt og grønt), øges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du er i beskæftigelse:				
Jeg ville spise mere frugt og grønt, hvis der var en arbejdsgiverbetalt frugtordning på min arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ville spise mere frugt og grønt, hvis der var en selvbetalt frugtordning på min arbejdsplads	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Højde og vægt

+

56. Hvor høj er du (uden sko)?

Skriv højde cm (f.eks. 172 cm)

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

Skriv vægt kg

58. Hvordan vurderer du selv din vægt?

(Kun ét X)

Den er for lav → Gå til spørgsmål 60

Den er tilpas → Gå til spørgsmål 60

Den er lidt for høj

Den er alt for høj

59. Vil du gerne tabe dig?

Ja Nej

Bevægelse i dagligdagen

60. Hvordan vurderer du din fysiske form?

(Kun ét X)

Virkelig god

God

Nogenlunde

Mindre god

Dårlig

61. Hvordan vurderer du dine motionsvaner?

(Kun ét X)

Virkelig gode

Gode

Nogenlunde

Mindre gode

Dårlige

62. Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

Ja Nej

+

63. Hvor fysisk anstrengende finder du nedenstående typer af fysisk aktivitet på en skala fra 0 til 10? Nul betyder "ingen anstrengelse", mens 10 svarer til "det mest anstrengende du kan forestille dig".









+

(Sæt ét X i hver linje)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Let rengøring, feje gulv, danse (langsomt), gå med indkøbs- eller barnevogn, gå ned af trapper	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Cykle i moderat tempo, gå i hurtigt tempo, male og tapetsere	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Let havearbejde, bære og stable træ, bære småting op ad trappe	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Aerobics eller fitness-træning, hugge brænde, grave eller skovle sne	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Løbe eller jogge, cykle i hurtigt tempo, fodbold, håndbold, tennis	<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"/>	<input type="checkbox"/>

64. Det følgende handler om, hvor meget du bevæger dig såvel på arbejde som i fritiden. Med bevægelse menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter. Der tænkes altså ikke kun på motion, idræt eller lignende.

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

+

Hos lægen

+

65. 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 67

66. Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til?

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

67. Har en læge inden for de seneste 12 måneder undersøgt dig for?

(Sæt ét X i hver linje)	Ja	Nej
Sukkersyge (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snue (høfeber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem (Længerevarende, kløende udslæt på huden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronchitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samvær med familie og venner – dagligdag og fritid

68. Hvor ofte er du i kontakt med følgende personer, 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	Har ingen	Flere dage hver uge	Ca. én gang om ugen	En til tre gange om måneden	Sjældnere end én gang om måneden	Aldrig
Familie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleger (i fritiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

69. Har du inden for de seneste 12 måneder foretaget dig nogle af de følgende ting i din fritid? +

(Sæt ét X i hver linje)	Dagligt	Én eller flere gange om ugen	Én eller flere gange om måneden	Ca. hver anden måned	Sjældent eller aldrig
Gået på aftenskole, daghøjskole, til foredrag eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været med i bestyrelse i forening, daginstitution, skole m.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taget en uddannelse i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udført frivilligt arbejde som træner, spejderleder, besøgsven eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået på restaurant, værtshus eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i teater, til koncert, på udstilling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået i biografen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overværet sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i religiøse aktiviteter, herunder gudstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltaget i socialt samvær i lokalcenter, beboerforening, pensionistklub, bankospil, bowling eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til fest eller sammenkomst med familie og venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunget i kor eller spillet sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gået til møder i faglige eller politiske foreninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sociale forhold

+

70. Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i din husstand?

Skriv antal

71. Når du tæller dig selv med, hvor mange personer på 16 år og derover bor der i din husstand?

Skriv antal

Spørgsmål 72 og 73 vedrører samme emne. Vi beder dig venligst besvare begge spørgsmål.

72. Hvordan vurderer du selv din sociale position i samfundet (1)?

(Ud fra din uddannelse, stilling, karriere, husstandens indtægt etc.)

(Kun ét x)

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Meget høj | <input type="checkbox"/> |
| Høj | <input type="checkbox"/> |
| Middel | <input type="checkbox"/> |
| Under middel | <input type="checkbox"/> |
| Lav | <input type="checkbox"/> |

73. Hvordan vurderer du selv din sociale position i samfundet (2)?

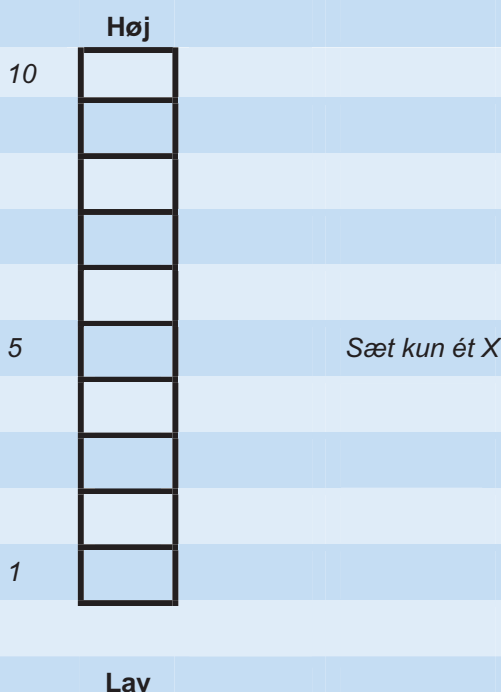
Forestil dig, at denne stige repræsenterer, hvor borgerne er placeret i samfundet.

I toppen af stigen er de borgere, som er bedst stillet – de, som har flest penge, mest uddannelse og de bedste jobs.

I bunden er de borgere, som er dårligst stillet – de, som har færrest penge, mindst uddannelse og de dårligste jobs eller intet job.

Jo højere op på stigen, man står, jo tættere er man på samfundets top og jo lavere man står, jo tættere er man på samfundets bund.

Hvor vil du placere dig selv på stigen? Sæt et X på det trin, hvor du mener, du er placeret.



74. Ejer du selv eller andre i din husstand

- | | Ja | Nej |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... den bolig, du bor i | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... en bil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

75. Er din bolig udsat for gener i form af

	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
Trafikstøj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støj fra naboen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fugt eller andre indeklima-problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Hvilken erhvervstilknytning har du?

(Kun ét X)

Er i beskæftigelse	<input type="checkbox"/>
Har været i beskæftigelse	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 82
Har aldrig været i beskæftigelse	<input type="checkbox"/> → Gå til spørgsmål 82

77. Er du offentligt ansat?

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

78. Ligger din arbejdsplads i samme kommune, som du bor i?

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

79. Her følger nogle spørgsmål om, hvordan du oplever dit nuværende arbejde:

(Sæt ét X i hver linje)

	Altid	Ofte	Somme-tider	Sjældent	Aldrig/næsten aldrig
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skal du overskue mange ting på én gang i dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du husker meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du er god til at få idéer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræver dit arbejde, at du tager svære beslutninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst ville være "begge steder på én gang"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din energi , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du, at dit arbejde tager så meget af din tid , at det går ud over privatlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siger familie og venner til dig, at du arbejder for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sæt ét X i hver linje	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad	+
Har du indflydelse på, hvordan du udfører dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent fysisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Føler du, at dit arbejde slider på dig rent psykisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Føler du, at du får anerkendelse for dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er du alt i alt tilfreds med dit arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

80. Hvor mange timers erhvervsarbejde plejer du at have om ugen?

Skriv antal timer

81. Har du et lederjob?

Nej	<input type="checkbox"/>
Ja, mellem 1-9 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, mellem 10-19 underordnede	<input type="checkbox"/>
Ja, 20 underordnede eller mere	<input type="checkbox"/>

82. Hvis du ikke er i beskæftigelse nu, er du da:

(Kun ét X)

Arbejdsløs med understøttelse	<input type="checkbox"/>
Førtidspensionist	<input type="checkbox"/>
Pensionist (folkepension m.v.)	<input type="checkbox"/>
Efterlønsmodtager eller på overgangsydelse	<input type="checkbox"/>
På kontanthjælp	<input type="checkbox"/>
Hjemmegående (uden andet arbejde)	<input type="checkbox"/>
På orlov (barselsorlov, uddannelsesorlov m.v.)	<input type="checkbox"/>
Under uddannelse	<input type="checkbox"/>

Skriv hvad: _____

Andet	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Skriv hvad: _____

Tak for hjælpen!

Afriv adressefeltet og returnér venligst det udfyldte skema i svarkuverten, porto er betalt.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, som er et forskningscenter i Region Hovedstaden, koordinerer undersøgelsen. Det er kun forskere herfra, der får adgang til spørgeskemaerne, som bliver behandlet fortroligt. Dette indebærer, at personalet i din kommune ikke har adgang til dine oplysninger.

Har du spørgsmål om undersøgelsen, kan du hente mere information på vores hjemmeside www.fcfs.dk/sundhedsprofil. Du er også velkommen til at ringe på telefon 43 23 33 59 (man-fre 10-15) eller sende en e-mail til sundhedsprofil@regionh.dk



Region
Hovedstaden

FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED



Giv sundheden et skub fremad...

September 2007

Kære borger,

Vi vil gerne give sundheden i Region Hovedstaden et skub fremad. Derfor har vi taget initiativ til denne undersøgelse af sundhedsvaner, sygelighed og trivsel blandt regionens borgere, som skal danne grundlag for det kommende arbejde med sundheden i regionen.

Du er én af mere end 60.000 borgere i Region Hovedstaden, som modtager spørgeskemaet om sundhed og helbred: *Hvordan har du det?*

Det er vigtigt, at regionens og kommunernes indsats for at forbedre sundheden bygger på viden om de faktiske forhold. Derfor beder vi dig besvare en række spørgsmål om dit helbred og din trivsel. Oplysningerne skal bruges til at udarbejde en sundhedsprofil, der beskriver sundhedsvaner, sygelighed og trivsel i de enkelte kommuner og i hele Region Hovedstaden.

Ved at besvare spørgeskemaet giver du et *meget vigtigt bidrag* til at afdække behovet for forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan vi arbejde mere målrettet på at løse de nye opgaver til gavn for alle borgere.

Du er tilfældigt udvalgt til undersøgelsen blandt alle 25-79-årige borgere i din kommune. Din besvarelse vil blive behandlet fortroligt, og det er naturligvis frivilligt at deltage. Men jo flere der besvarer spørgsmålene, jo mere anvendelig bliver undersøgelsen. Hvis du ikke har svaret inden for 4 uger, tillader vi os derfor at sende en påmindelse. Vi håber, at du vil tage dig tid til at udfylde spørgeskemaet og sende det tilbage.

På forhånd tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen

Vibeke Storm Rasmussen
Formand for Regionsrådet