



# MODELSPØRGESKEMA

KOMMUNAL SUNDHEDSPROFIL

## Sådan udfyldes spørgeskemaet

Brug venligst en sort eller en blå kuglepen.

Vi vil bede dig om at udfylde alle spørgsmål og sende skemaet retur i vedlagte svarkuvert.

Hvis der er et spørgsmål, hvor dit svar ikke helt passer til nogen af svarmulighederne, skal du sætte kryds ved det svar, der passer bedst til din situation. Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du går i stå ved besvarelsen af et enkelt spørgsmål, så gå hellere videre til det næste frem for helt at opgive at udfylde skemaet.

Svarene bliver skannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke som vist i nedenstående eksempler.

### Eksempel på angivelse af afkrydsninger, tal og tekst

	RIGTIGT	FORKERT
Sæt et tydeligt kryds.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne.	<input type="text" value="1,2"/>	<input type="text" value="2"/>
Tal rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="text" value="1,2"/> 4	<input type="text" value="1,2"/> 4
Hvor vigtigt er det for dig at ændre din vægt? Nedenstående skala går fra "Slet ikke vigtigt". Marker dit svar med et kryds på skalaen.		
Hvis ja, hvilke sygdomme drejer det sig om? Skriv hvilken sygdom: <u>DIABETES</u>	Skriv tydeligt og meget gerne blokbogstaver	

---

**Tekst 1.**

De første spørgsmål drejer sig om personlige forhold.

---

**1. Hvornår er du født?**

Skriv ..... Dato Måned År

--	--	--

---

**2. Er du?**

*(Kun ét kryds)*

Mand .....  1  
Kvinde .....  2

---

**3. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?**

*(Kun ét kryds)*

Gift .....  1 → Spm. 5  
Separeret .....  2  
Skilt .....  3  
Enke (mand) .....  4  
Ugift .....  5  
Registreret partnerskab .....  6 → Spm. 5

---

**4. Er du fast samlevende i papirløst samliv?**

*(Kun ét kryds)*

Ja .....  1  
Nej .....  2

---

---

**5. Hvor mange voksne på 16 år og derover bor der i husstanden?**

a. Skriv antal .....

**Hvor mange børn på 15 år og derunder bor der i husstanden?**

b. Skriv antal .....

**Tekst 2.**

De næste spørgsmål drejer sig om dit helbred og dine daglige gøremål.

**6. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?**

*(Kun ét kryds)*

Virkelig god .....  1

God .....  2

Nogenlunde .....  3

Dårlig .....  4

Meget dårlig .....  5

---

**7. Føler du dig stresset i din dagligdag?**

*(Kun ét kryds)*

Ja, ofte .....  1

Ja, af og til .....  2

Nej (næsten aldrig) .....  3

Ved ikke .....  8

---

**8. Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?**

*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja, uden besvær	Ja, med lidt besvær	Ja, med meget besvær	Nej, slet ikke
a. Læse en almindelig avistekst? (evt. med briller, hvis det normalt bruges).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Høre, hvad der bliver sagt under en normal samtale mellem 3 eller flere personer? (evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Gå 400 meter uden at hvile?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile? ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Bære 5 kg? (fx indkøbsposer).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

---

**9. Kan du uden besvær, med besvær, med hjælp eller slet ikke?**

*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja, uden besvær	Ja, med lidt besvær	Ja, men jeg behø- ver hjælp	Kan ikke selv om jeg får hjælp
a. Klæde dig på og tage sko på? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Komme i og ud af sengen? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Rejse med bus eller tog? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

---

**10. Bruger du i det daglige nogen af følgende former for hjælpemidler for at klare dig?**

*(Gerne flere kryds)*

Ja, briller, kontaktlinser .....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, høreapparat .....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, stok, krykker, gangstol .....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, kørestol .....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, andet .....	<input type="checkbox"/> 1
Hvis andet hjælpemiddel, skriv hvilket: _____	
Nej .....	<input type="checkbox"/> 1

---

---

**11. Synes du, at du mangler nogen former for hjælpemidler?**

*(Kun ét kryds)*

Ja .....  1

Skriv hvilke: \_\_\_\_\_

Nej .....  2

**Tekst 3.**

De næste spørgsmål drejer sig om sygdom, smerter og ubehag, og om du har været udsat for ulykker.

**12.1. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? (Med langvarig menes mindst seks måneder).**

*(Kun ét kryds)*

Ja .....  1

Nej .....  2 → Spm. 13

**12.2. Hvis ja, hvilke sygdomme eller lidelser har du?**

Skriv hvilken sygdom: \_\_\_\_\_

Skriv hvilken sygdom: \_\_\_\_\_

Skriv hvilken sygdom: \_\_\_\_\_

Skriv hvilken sygdom: \_\_\_\_\_

---

**13. 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.**

	Nej, jeg har aldrig haft den			Ja, jeg har den nu			13.1	
				Ja, jeg har haft den tidligere			Hvis du har haft den tidligere: har du stadig eftervirkninger?	
				(Ét kryds i hver linie)			(Ét kryds i hver linie)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	Nej
a. Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Allergi (ikke astma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sukkersyge, diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Grå stær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forhøjet blodtryk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Blodprop i hjertet eller hjertekrampe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hjerneblødning, blodprop i hjernen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Slidgigt, ledgigt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Osteoporose (knogleskørhed).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Cancer eller kræftsygdomme (inklusiv leukæmi) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Migræne eller hyppig hovedpine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Kronisk angst eller depression .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Anden psykisk lidelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Rygsygdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Tinnitus (hyletone eller susen for ørerne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**14. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?**

*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
a. Smerter eller ubehag i nakke, skuldre, arme eller hænder .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Smerter eller ubehag i ryg eller lænd .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Smerter eller ubehag i ben, hofter, knæ eller fødder.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Hovedpine.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Hurtig hjertebanken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Søvnbesvær, søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Træthed .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Ondt i maven, oppustet mave .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. Eksem, hududslet, kløe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. Forkølelse, snue, hoste.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
n. Åndedrætsbesvær, forpustethed ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
o. Kvalme eller uro i maven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
p. Problemer med at holde på vandet (inkontinens) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
q. Besvær med at komme af med vandet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
r. Svimmelhed.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
s. Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
t. Underlivssmerter, herunder kraftige menstruationssmerter .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3



- 
- 15.1. Har sygdom, skader eller lidelser gjort det besværligt eller umuligt for dig inden for de sidste 14 dage at udføre dine sædvanlige daglige gøremål?  
(Fx arbejde i eller uden for hjemmet, fritidsaktiviteter o.lign.)

(Kun ét kryds)

- Ja .....  1  
Nej .....  2 → Spm. 16

- 15.2. Hvis ja: er disse begrænsninger af en mere varig karakter? Med varig menes, at de har været eller forventes at ville være 6 måneder eller mere.

(Kun ét kryds)

- Ja .....  1  
Nej .....  2

- 
16. Har du inden for det sidste år været udsat for ulykker eller uheld uden for arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dig at udføre de daglige gøremål? (Fx forstuvet en ankel, blevet forbrændt, været udsat for en kemisk forgiftning o.lign.)

(Gerne flere kryds)

- a. Ja, en trafikulykke .....  1  
b. Ja, en hjemmeulykke .....  1  
c. Ja, en ulykke ved idræt, sport .....  1  
d. Ja, anden fritidsulykke .....  1  
e. Nej .....  1
-

---

**Tekst 4.**

De næste spørgsmål handler om din kontakt med sundhedsvæsenet og om medicin.

- 17. Har du inden for de sidste 3 måneder været i kontakt med en læge på grund af gener, sygdom eller skade?** (Du skal kun medregne kontakter på grund af egen sygdom – ikke børns sygdom)

*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja	Nej
a. Praktiserende læge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Vagtlæge .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Praktiserende speciallæge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Skadestue.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Hospitalsambulatorium .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Indlagt på hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

- 
- 18. Har du inden for de sidste 3 måneder gjort brug af nogen af følgende andre behandlere?** (Spørgsmålet omfatter ikke alternative behandlere)

*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja	Nej
a. Tandlæge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Fysioterapeut .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Kiropraktor .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Psykolog .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

---

---

**19.1. Har du inden for de sidste 3 måneder gjort brug af hjemmesygepleje?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja .....  1  
Nej .....  2

**19.2. Hvis ja: Hvor tilfreds er/var du alt i alt med hjemmesygeplejen?**

*(Kun ét kryds)*

- Meget tilfreds .....  1  
Noget tilfreds.....  2  
Hverken tilfreds eller utilfreds.....  3  
Noget utilfreds.....  4  
Meget utilfreds .....  5

---

**20.1. Har du inden for de sidste 3 måneder gjort brug af hjemmehjælp?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja .....  1  
Nej .....  2

**20.2. Hvis ja: Hvor tilfreds er/var du alt i alt med hjemmehjælpen?**

*(Kun ét kryds)*

- Meget tilfreds .....  1  
Noget tilfreds.....  2  
Hverken tilfreds eller utilfreds.....  3  
Noget utilfreds.....  4  
Meget utilfreds .....  5

---

**21. Har du inden for de sidste 3 måneder haft behov for hjemmesygepleje eller hjemmehjælp uden at have fået det?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja .....  1  
Nej .....  2
-

---

**22.1. Har du inden for det seneste år været til genoptræning?**

*(Ét kryds i hver linie)*

- |   | Ja                         | Nej                        |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. I forbindelse med operation på hospital .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. I forbindelse med anden hospitalsindlæggelse<br>(fx hjerneblødning) .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Som følge af midlertidigt nedsat fysisk funktion<br>eller sygdom .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Som følge af varig nedsat fysisk funktion efter<br>fysisk sygdom eller svækkelse (fx følger af<br>alderdomssvækkelse, Parkinson, fysiske<br>handicaps) ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**22.2. Hvis du har været til genoptræning, dvs. at du har svaret ja til et af spørgsmålene i spørgsmål 22.1:**

**Hvor foregik genoptræningen?**

*(Gerne flere kryds)*

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| a. På hospital .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| b. Hos privatpraktiserende fysioterapeut,<br>ergoterapeut ..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| c. I eget hjem .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| d. I det lokale sundhedscenter .....                            | <input type="checkbox"/> 1 |
| e. På dagcenter, plejehjem .....                                | <input type="checkbox"/> 1 |
| f. Andet steds .....  | <input type="checkbox"/> 1 |

Hvor: \_\_\_\_\_

---

**23. Har du inden for de sidste 3 måneder haft behov for genoptræning uden at have fået det?**

*(Kun ét kryds)*

- |           |                            |
|-----------|----------------------------|
| Ja .....  | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej ..... | <input type="checkbox"/> 2 |
-

---

**24. Har du inden for de sidste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?**

*(Gerne flere kryds)*

	Recept- medicin	Håndkøbs- medicin
a. Ja, hostemedicin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
b. Ja, astmamedicin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
c. Ja, blodtrykssænkende medicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
d. Ja, hjertemedicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
e. Ja, hudlægemiddel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
f. Ja, smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led (fx gigtmiddel) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
g. Ja, smertestillende medicin mod hovedpine .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
h. Ja, anden smertestillende medicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
i. Ja, sovemedicin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
j. Ja, afføringsmidler .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
k. Ja, nervemedicin, beroligende medicin (fx antidepressiv medicin) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
l. Ja, penicillin eller anden form for antibiotikum .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
m. Ja, anden medicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Skriv hvilken: \_\_\_\_\_

---

**25. Har du inden for det seneste år haft behov for psykologisk eller psykiatrisk hjælp eller behandling?**

*(Gerne flere kryds)*

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| a. Ja, fordi jeg oplevede stor sorg.....                  | <input type="checkbox"/> 1 |
| b. Ja, fordi jeg oplevede en traumatisk begivenhed.....   | <input type="checkbox"/> 1 |
| c. Ja, fordi jeg havde psykisk sygdom eller lidelse ..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| d. Ja, fordi jeg havde dårlige nerver .....               | <input type="checkbox"/> 1 |
| e. Ja, fordi jeg havde været meget stresset.....          | <input type="checkbox"/> 1 |
| f. Ja, fordi jeg havde været deprimeret i længere tid.... | <input type="checkbox"/> 1 |
| g. Ja, fordi jeg pga. andet .....                         | <input type="checkbox"/> 1 |

Skriv hvad: \_\_\_\_\_

- |              |                            |
|--------------|----------------------------|
| h. Nej ..... | <input type="checkbox"/> 1 |
|--------------|----------------------------|

→ Tekst 5

---

**26. Fik du hjælp eller behandling?**

(Gerne flere kryds)

- a. Ja, fra familie og/eller venner .....  1
- b. Ja, fra min egen læge .....  1
- c. Ja, fra psykiatrisk afdeling, ambulatorium .....  1
- d. Ja, fra praktiserende speciallæge i psykiatri .....  1
- e. Ja, fra psykolog fra kommunen .....  1
- f. Ja, fra privatpraktiserende psykolog .....  1
- g. Ja, fra kommunens socialrådgiver .....  1
- h. Ja, fra hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper .....  1
- i. Ja, fra andre behandlere .....  1
- j. Nej .....  1

**Tekst 5.**

De næste spørgsmål handler om dine sundhedsvaner.

**27. Tror du, man kan gøre noget for selv at bevare et godt helbred?**

(Kun ét kryds)

- Tror egen indsats er særdeles vigtig .....  1
- Tror egen indsats er vigtig .....  2
- Tror egen indsats er af nogen betydning .....  3
- Tror ikke på egen indsats .....  4

---

**28. Gør du selv noget for at bevare eller forbedre dit helbred?**

(Kun ét kryds)

- Nej, jeg gør ikke noget .....  1 → Tekst 6
  - Nej, jeg har prøvet, men opgivet .....  2 → Tekst 6
  - Ja, jeg gør noget .....  3
-

---

**29. Hvad gør du for at bevare eller forbedre dit helbred?**

(Gerne flere kryds)

- a. Jeg dyrker motion, er fysisk aktiv .....  1
- b. Jeg spiser sund kost .....  1
- c. Jeg sørger for at spise mindre .....  1
- d. Jeg ryger ikke .....  1
- e. Jeg prøver at holde op med at ryge, ryge mindre .....  1
- f. Jeg drikker ikke alkohol.....  1
- g. Jeg sørger for at begrænse mit alkoholforbrug .....  1
- h. Jeg sørger for at leve mindre stresset.....  1
- i. Jeg sørger for at få tilstrækkeligt med søvn .....  1
- j. Jeg holder kontakt til familie og venner.....  1
- k. Jeg gør noget andet.....  1

Skriv hvad: \_\_\_\_\_

**Tekst 6.**

De næste spørgsmål handler om dit brug af øl, vin og spiritus.

**30. Hvor mange gange inden for den sidste måned har du ved en enkelt lejlighed drukket 5 genstande eller derover?**

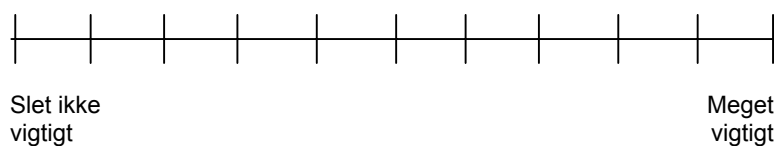
Antal gange

31. **Hvor meget øl, vin eller spiritus drak du på hver af dagene i sidste uge? Besvar spørgsmålet for en dag af gangen. Start med dagen i går og gå baglæns.**

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

1 flaske øl = 1 genstand	Ét glas rød-/hvidvin = 1 genstand
1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande	Ét glas hedvin svaret til et glas vin
1 flaske hedvin (70 cl) = 10 genstande	1 flaske alkoholsodavand. = 1 genstand
1 snaps = 1 genstand	1 flaske spiritus (75 cl) = 25 genstande

32. **Hvor vigtigt er det for dig at nedsætte dit alkoholforbrug? Nedenstående skala går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt". Marker dit svar med et kryds på skalaen.**





**33. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle nedsætte dit alkoholforbrug?**

(Gerne flere kryds)

- a. Kontakt til alkoholbehandlingscenter .....  1
- b. Antabusbehandling (evt. gratis) .....  1
- c. Forbud mod alkohol på min arbejdsplads .....  1
- d. Hjælp og støtte fra min arbejdsplads .....  1
- e. Hjælp og støtte fra min familie .....  1
- f. Mulighed for at gøre det sammen med andre,  
der også vil nedsætte deres alkoholforbrug .....  1
- g. Hjælp fra min praktiserende læge .....  1
- h. Hjælp fra andet sundhedspersonale .....  1
- i. Andet .....  1  
Skriv hvad: \_\_\_\_\_
- j. Ønsker ikke hjælp .....  1

**Tekst 7.**

De næste spørgsmål handler om dine kostvaner og din højde og vægt.

**34. Hvor ofte plejer du at spise:**

(Ét kryds i hver linie)

- |   | Aldrig/<br>meget<br>sjældent | Mindre<br>end en<br>gang om<br>ugen | En gang<br>om ugen         | Et par<br>gange<br>om ugen | Næsten<br>hver dag         | Hver dag/<br>flere<br>gange om<br>dagen |
|---|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| a. Kartofler? .....                               | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |
| b. Groft, fiberrigt brød<br>og gryn? .....        | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |
| c. Kogte, stegte eller<br>bagte grøntsager? ..... | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |
| d. Salat, råkost? .....                           | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |
| e. Frugt (fx æble, banan,<br>appelsin)? .....     | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |
| f. Fisk til aftensmad? .....                      | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6              |

---

35. Hvor ofte smører du smør, margarine, minarine eller fedt på det brød, du spiser?

(Ét kryds i hver søjle)

	A Rugbrød	B Franskrød, grovbrød
Altid.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
For det meste.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ca. halvdelen af gangene.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
En gang imellem.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Aldrig.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Spiser ikke rugbrød, franskrød, grovbrød.....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Ved ikke.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8

---

36. Hvor høj er du?

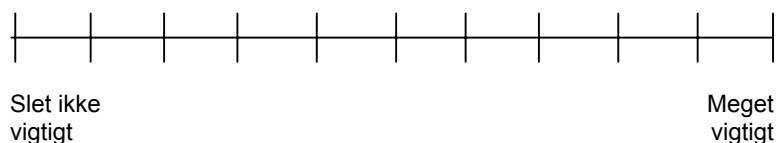
a. Skriv højden i cm .....

Hvor meget vejer du?

b. Skriv kg .....

---

37. Hvor vigtigt er det for dig at ændre din vægt? Nedenstående skala går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt". Marker dit svar med et kryds på skalaen.



---

38. Ønsker du at tabe dig eller tage på i vægt?

(Kun ét kryds)

- Ja, at tabe mig .....  1
- Ja, at tage på i vægt .....  2
- Vil ikke ændre min vægt .....  3
-

---

**39. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle ændre din vægt?**

*(Gerne flere kryds)*

- a. Gratis kostvejledning .....  1
- b. Gratis slankekursus .....  1
- c. Tilbud om gratis motion.....  1
- d. Hjælp og støtte fra min familie .....  1
- e. Mulighed for at gøre det sammen med andre,  
der også ønsker at ændre deres vægt.....  1
- f. Hjælp fra min praktiserende læge .....  1
- g. Hjælp fra andet sundhedspersonale .....  1
- h. Hjælp fra psykolog .....  1
- i. Andet .....  1  
Skriv hvad: \_\_\_\_\_
- j. Ønsker ikke hjælp .....  1

**Tekst 8.**

De næste spørgsmål handler om fysisk aktivitet.

**40. Hvor mange dage om ugen er du sædvanligvis fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?** (Der skal medregnes moderat eller hårdere fysisk aktivitet, hvor du øger vejrtrækningen: fx motions- eller konkurrenceidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid)

*(Kun ét kryds)*

- 0 dage om ugen .....  0
  - 1 dag om ugen .....  1
  - 2 dage om ugen .....  2
  - 3 dage om ugen .....  3
  - 4 dage om ugen .....  4
  - 5 dage om ugen .....  5
  - 6 dage om ugen .....  6
  - 7 dage om ugen .....  7
-

---

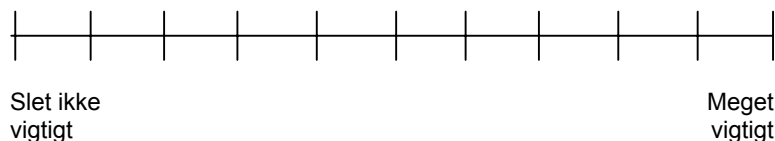
**41. Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?**

(Kun ét kryds)

- Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.....  1
- Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen .....  2
- Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde).....  3
- Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse .....  4

---

**42. Hvor vigtigt er det for dig at være fysisk aktiv? Nedenstående skala går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt". Marker dit svar med et kryds på skalaen.**



---

**43. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle være mere fysisk aktiv i fritiden?**

(Gerne flere kryds)

- a. Gratis motionstilbud, fx motion på recept.....  1
- b. Mulighed for motion på min arbejdsplads .....  1
- c. Kortere afstand til idrætsfaciliteter, motionstilbud .....  1
- d. Hjælp og støtte fra min familie .....  1
- e. Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil dyrke motion/være fysisk aktive.....  1
- f. Hjælp fra min praktiserende læge .....  1
- g. Hjælp fra andet sundhedspersonale .....  1
- h. Træningen kan foregå i mit hjem .....  1
- i. Andet .....  1
- Skriv hvad: \_\_\_\_\_
- j. Ønsker ikke hjælp .....  1

**Tekst 9.**

De næste spørgsmål handler om rygning.

**44. Ryger du?**

(Kun ét kryds)

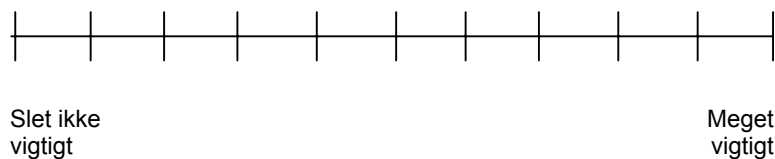
- |                                 |                            |             |
|---------------------------------|----------------------------|-------------|
| Ja, dagligt .....               | <input type="checkbox"/> 1 |             |
| Ja, mindst en gang om ugen..... | <input type="checkbox"/> 2 | } → Spm. 46 |
| Ja, sjældnere .....             | <input type="checkbox"/> 3 |             |
| Nej, jeg er holdt op.....       | <input type="checkbox"/> 4 | } → Spm. 48 |
| Nej, jeg har aldrig røget ..... | <input type="checkbox"/> 5 |             |

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

(Skriv antal)

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

**46. Hvor vigtigt er det for dig at holde op med at ryge? Nedenstående skala går fra "Slet ikke vigtigt" til "Meget vigtigt". Marker dit svar med et kryds på skalaen.**



---

**47. Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle holde op med at ryge?**

*(Gerne flere kryds)*

- a. Nikotintyggegummi eller andre nikotinpræparater (evt. gratis).....  1
- b. Rygestopkursus (evt. gratis) .....  1
- c. Hjælp og støtte fra arbejdsplads .....  1
- d. Rygeforbud på min arbejdsplads .....  1
- e. Hjælp og støtte fra min familie .....  1
- f. Mulighed for at gøre det sammen med andre, der også vil holde op med at ryge .....  1
- g. Hjælp fra min praktiserende læge .....  1
- h. Hjælp fra andet sundhedspersonale .....  1
- i. Hjælp fra alternativ behandler, fx akupunktur hypnose (evt. gratis) .....  1
- j. Andet .....  1
- Skriv hvilken: \_\_\_\_\_
- k. Ønsker ikke hjælp .....  1

---

**48. Ryges der indendørs i dit hjem?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja, dagligt .....  1
- Ja, ind imellem men ikke dagligt .....  2
- Nej, aldrig .....  3 → Tekst 10

---

**49. Ryges der i dit hjem, når der er børn til stede (i samme rum)?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja .....  1
- Nej .....  2
-

**Tekst 10.**

De næste spørgsmål passer måske slet ikke på din situation – men det er vigtigt for os, at du alligevel besvarer dem.

**50. Har du nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer?**

(Ét kryds i hver linie)

	Nej	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)
a. Hash .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Amfetamin (speed) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Ecstasy .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Kokain.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. LSD.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Heroin .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. Svampe med euforiserende virkning (psilocybinsvampe)....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h. Andre stoffer .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Tekst 11.**

De næste spørgsmål handler om dit arbejde og dit arbejdsmiljø. Hvis du ikke er erhvervsmæssigt beskæftiget, skal du sætte kryds i "Nej" i spørgsmål 51, og gå videre til spørgsmålene om din kontakt med andre mennesker (Tekst 12).

**51. Er du erhvervsmæssigt beskæftiget?**

(Kun ét kryds)

- Ja .....  1
- Nej .....  2 → Tekst 12

**52. Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?**

(Kun ét kryds)

- Altid.....  1
- Oftede.....  2
- Sommetider .....  3
- Sjældent.....  4
- Aldrig, næsten aldrig.....  5

---

**53. Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?**

*(Kun ét kryds)*

- Altid.....  1  
Ofte.....  2  
Sommetider .....  3  
Sjældent.....  4  
Aldrig, næsten aldrig.....  5

---

**54. Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?**

*(Kun ét kryds)*

- Altid.....  1  
Ofte.....  2  
Sommetider .....  3  
Sjældent.....  4  
Aldrig, næsten aldrig.....  5  
Ikke relevant .....  6

---

**55. Er du i dit arbejde ofte udsat for nogle af følgende forhold? Med ofte menes mere end to dage om ugen.**

*(Ét kryds i hver linie)*

- |   | Ja                         | Nej                        | Ved ikke                   |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Arbejde i bøjede eller forvredne arbejdsstillinger? .....        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 |
| b. Mange gentagne og ensidige bevægelser? .....                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 |
| c. Tunge byrder (mindst 10 kg) som skal bæres eller løftes? .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 |
| d. Støj så man må hæve stemmen, hvis man skal tale med andre? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 |
| e. Andre fysiske forhold? .....                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 8 |
-



---

**56. Hvordan vil du beskrive den fysiske belastning i din hovedbeskæftigelse?**

*(Kun ét kryds)*

- Hovedsageligt stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse .....  1
- Arbejde, som i stor udstrækning udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver legemlig anstrengelse .....  2
- Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde.....  3
- Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende.....  4

---

**57. Er du udsat for passiv rygning på din arbejdsplads?**

*(Kun ét kryds)*

- Ja, altid .....  1
- Ja, af og til .....  2
- Nej, aldrig.....  3

---

**58. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de sidste 14 dage og inden for det sidste år? (Medregn kun arbejdsdage)**

*(Skriv antal)*

- a. Inden for de sidste 14 dage (der skal angives antal arbejdsdage inden for de sidste 14 dage, 1 uge = 5 arbejdsdage).....
- b. Inden for det sidste år (1 uge = 5 arbejdsdage, 1 måned = 21 arbejdsdage).....

---

**Tekst 12.**

De næste spørgsmål handler om din kontakt med andre mennesker.

- 59. Hvor ofte træffer du familie og venner og bekendte?** ("Træffer" omfatter kun personlig kontakt. Ikke telefonkontakt. Familie omfatter i denne forbindelse den del af familien, du ikke bor sammen med)

(Ét kryds i hver søjle)

	<b>A</b>	<b>B</b>
	<b>Familie</b>	<b>Venner og bekendte</b>
Dagligt eller næsten dagligt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
1 eller 2 gange om ugen .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
1 eller 2 gange om måneden .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Sjældnere .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Aldrig.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

- 
- 60. Hvis du bliver syg og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan du da regne med at få hjælp fra andre?** (Andre = personer du ikke bor sammen med)

(Kun ét kryds)

Ja, helt sikkert.....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, måske .....	<input type="checkbox"/> 2
Nej .....	<input type="checkbox"/> 3

- 
- 61. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?**

(Kun ét kryds)

Ja, ofte .....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, en gang imellem.....	<input type="checkbox"/> 2
Ja, men sjældent .....	<input type="checkbox"/> 3
Nej .....	<input type="checkbox"/> 4

---

---

**Tekst 13.**

De sidste spørgsmål handler om din uddannelse og dit erhverv.

**62. Hvilken skoleuddannelse har du?**

*(Kun ét kryds)*

- Går stadig i skole .....  1
- 7 eller færre års skolegang .....  2
- 8-9 års skolegang .....  3
- 10-11 års skolegang .....  4
- Studenter-, HF-eksamen (incl. HHX, HTX) .....  5
- Andet (herunder udenlandsk skole) .....  6

---

**63. Har du fuldført en erhvervsuddannelse? (Faglig og/eller boglig uddannelse)**

*(Gerne flere kryds)*

- a. Ja, har fuldført en erhvervsuddannelse .....  1  
Skriv hvilken (ved flere uddannelser angives den højeste):  
\_\_\_\_\_
- b. Jeg er i gang med en erhvervsuddannelse .....  1  
Skriv hvilken: \_\_\_\_\_
- c. Nej .....  1
-

---

**64. Hvad er din erhvervsmæssige stilling?**

*Beskæftigede*

(Kun ét kryds)

- Selvstændig landmand .....  1
- Selvstændig i øvrigt .....  2
- Medhjælpende ægtefælle .....  3
- Arbejder faglært .....  4
- Arbejder ufaglært .....  5
- Funktionær, tjenestemand (fx læge,  
kontorassistent, skolelærer) .....  6
- Andre beskæftigede .....  7

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

- Arbejdsløs, under aktivering* .....  8

*Uddannelsessøgende*

- Lærling, elev .....  9
- Studerende .....  10
- Skoleelev .....  11

*Pensionister*

- Alderspensionist .....  12
- Førtidspensionist .....  13
- Anden form for pension .....  14
- Efterlønsmodtager, overgangsydelse .....  15

*Andre*

- Hjemmearbejdende husmor, husfar .....  16
- Langtidssyg (3 mdr. eller mere) .....  17
- Værnepligtig .....  18
- På kontanthjælp, bistandshjælp .....  19
- Under revalidering .....  20
- Andet .....  21

Hvis andet, skriv hvad: \_\_\_\_\_

---

---

**65. Skriv med dine egne ord, hvad din stillingsbetegnelse er?** (Nøjagtig angivelse: eksempelvis gårdejer ikke blot landmand – smedesvend, ikke blot smed – kontorchef i et skattecenter, ikke blot kontorchef)

Skriv hvad: \_\_\_\_\_

---

**66. Har du været arbejdsløs inden for de sidste 3 år?**

*(Kun ét kryds)*

2½ år eller mere.....  1

1 år eller derover, men mindre en 2½ år.....  2

3 mdr. til mindre end 1 år.....  3

Mindre end 3 mdr.....  4

Nej, jeg har ikke været arbejdsløs .....  5

---

**Er der i øvrigt noget du ønsker at tilføje?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tak for at du ville medvirke.**

**Dine oplysninger bliver kun anvendt i anonymiseret form.**

**Du bedes returnere spørgeskemaet i den vedlagte svarkuvert,  
porto er betalt.**

---

A blurred background image showing the silhouettes of several people walking. The colors are muted, with shades of pink, purple, and orange. The figures are out of focus, creating a sense of movement and a public or social setting.

Modelspørgeskema.  
Kommunal sundhedsprofil.  
Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Udgivelsen kan rekvireres hos:  
Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal  
1399 København K

Tlf. 3920 7777  
sif@si-folkesundhed.dk

Som pdf-fil på: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)