

Samtalsunderlag om levnadsvanor

Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Våra levnadsvanor har stor betydelse för hälsan. Ohälsosamma levnadsvanor kan påverka hälsan mer än exempelvis högt blodtryck och höga blodfetter. Genom att besvara frågorna utifrån **en vanlig vecka** kan du få en uppfattning om dina levnadsvanor. Om du vill ha hjälp att förändra dina levnadsvanor kan din vårdcentral erbjuda hjälp och stöd.

Fysisk aktivitet

Hur många minuter (minst 10 minuter åt gången) ägnar du en vanlig vecka åt **vardagsmotion**, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

Måndag minuter
Tisdag minuter
Onsdag minuter
Torsdag minuter
Fredag minuter
Lördag minuter
Söndag minuter
Summa minuter

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt **fysisk träning på fritiden** som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

Måndag minuter
Tisdag minuter
Onsdag minuter
Torsdag minuter
Fredag minuter
Lördag minuter
Söndag minuter
Summa minuter

Fylls i av vårdpersonal:	
Vardagsmotion =	
Träning x 2 =	
Total aktivitetstid	

Alkohol

Hur ofta dricker du 4 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- 0 Aldrig
1 Mer sällan än en gång per månad
2 Varje månad
3 Varje vecka
4 Så gott som dagligen



Hur många standardglas brukar du dricka en vanlig vecka?

Antal standardglas

Figuren visar vad som motsvarar ett standardglas

Tobak

- | | |
|---|--|
| 0 <input type="checkbox"/> Jag har aldrig varit rökare | 0 <input type="checkbox"/> Jag har aldrig varit snusare |
| 1 <input type="checkbox"/> Jag slutade röka för mer än 6 månader sedan | 1 <input type="checkbox"/> Jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan |
| 2 <input type="checkbox"/> Jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan | 2 <input type="checkbox"/> Jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan |
| 3 <input type="checkbox"/> Jag röker, men inte dagligen | 3 <input type="checkbox"/> Jag snusar, men inte dagligen |
| 4 <input type="checkbox"/> Jag röker cigaretter/dag | 4 <input type="checkbox"/> Jag snusar dosor/vecka |

Mat

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- 3 Tre gånger i veckan eller oftare
2 Två gånger i veckan
1 En gång i veckan
0 Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du färska, frysta eller tillagade grönsaker eller rotfrukter?

- 3 Två gånger per dag eller oftare
2 En gång per dag
1 Några gånger i veckan
0 En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du färska eller frysta frukter eller bär?

- 3 Två gånger per dag eller oftare
2 En gång per dag
1 Några gånger i veckan
0 En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta dricker du läsk eller juice eller äter godis, chips, glass, tårta, kakor, kex eller annat kaffebröd?

- 0 Två gånger per dag eller oftare
1 En gång per dag
2 Några gånger i veckan
3 En gång i veckan eller mer sällan

Använder du för det mesta?

- | | Ja | Nej |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Lättmjölk/vatten och lättmargarin | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Magra nyckelhålmärkta pålägg | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Flytande matfett eller olja i matlagning | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 0 |

Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen
 Nästan varje dag
 Några gånger i veckan
 En gång i veckan eller mer sällan

Fylls i av vårdpersonal:

Total poäng

Upplevd hälsa

Hur upplever du att du får ditt liv att gå ihop just nu?

- Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra

Vilken grad av stress upplever du just nu?

- Ingen alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maximal stress

Tycker du att du får tillräckligt med sömn?

- Ja Nej

Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd just nu?

- Mycket bra Bra Någorlunda Dåligt Mycket dåligt

Vad vill du helst förändra när det gäller dina levnadsvanor?

Hur viktigt är det för dig att göra denna förändring?

- Inte alls viktigt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket viktigt

Hur säker är du på att lyckas med förändringen om du bestämt dig?

- Inte alls säker 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket säker

Hur beredd är du att göra förändringen nu?

- Inte alls beredd 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket beredd

Jag vill ha hjälp att förändra (välj ett av alternativen):

- Alkoholvanor Matvanor Motionsvanor
 Stress Sömn Tobaksvanor