

# 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 =	
<b>Total aktivitetstid</b>	

## Alkohol

Hur ofta dricker du som är man 5 standardglas eller mer och du som är kvinna 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

Med ett "standardglas" menas:



## Tobak

- 0  Jag har aldrig varit rökare  
1  Jag slutade röka för mer än 6 månader sedan  
2  Jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan  
3  Jag röker, men inte dagligen  
4  Jag röker ..... cigaretter/dag
- 0  Jag har aldrig varit snusare  
1  Jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan  
2  Jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan  
3  Jag snusar, men inte dagligen  
4  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