

Dato: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsår: \_\_\_\_\_

Kvinne  Mann

## NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

### FYSISK AKTIVITET/MOSJON

**1. Hvor ofte driver du mosjon?** Med «mosjon» mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer, danser eller driver trening/idrett. Ta et gjennomsnitt.

Aldri  Sjeldnere enn én gang i uka  En gang i uka  2-3 ganger i uka  Omtrent hver dag

**2. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du?** Ta et gjennomsnitt.

Tar det rolig uten å bli andpusten og svett  Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett  Tar meg nesten helt ut

**3. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor lenge holder du på hver gang?** Ta et gjennomsnitt.

Mindre enn 15 minutter  15-29 minutter  30 min. – 1 time  Mer enn 1 time

**4. Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritiden?**

Ja  Nei

**5. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både arbeid og fritid.** Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: \_\_\_\_\_

**6. Omtrent hvor mye mosjon får du gjennom daglige gjøremål?** (Hverdagsaktivitet som for eksempel å gå trapper, hus- og hagearbeid, lek med barn, handling etc.) Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: \_\_\_\_\_

**7. Hvilke aktiviteter liker du eller kunne du tenke deg å drive med fremover?**

---

---

---

---

## 8. Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## 9. Dersom du har økt aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være regelmessig fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## KOSTHOLD

### 10. Måltidsrytme

Omtrent når spiser du vanligvis hovedmåltider? Sett ett kryss for hvert hovedmåltid. Med «hovedmåltid» mener vi mat og drikke som gir deg energi og protein og andre næringsstoffer i samme måltid (som f. eks. brød med pålegg eller melk og korn).

Ca. kl.

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  
 13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24

Omtrent når spiser du vanligvis mellommåltider? Sett ett kryss for hvert mellommåltid. Inntak av snacks, godteri og/eller frukt/grønnsaker defineres ikke som et hovedmåltid, men som et «mellommåltid».

Ca. kl.

- 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  
 13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24

### 11. Hvor mye drikker du vanligvis av følgende per dag? (1 glass = 1,5 dl)

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 glass	1 - 3 glass	4 - 6 glass	Mer enn 6 glass
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett, ekstra lett, skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstig søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Hvor ofte spiser du følgende matvarer i løpet av en uke?

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 gang pr. uke	1 - 3 ganger pr. uke	4 - 6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ganger eller flere pr. dag
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/ rundstykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovbrød/ knekkebrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks/kaker/ godteri/søt kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran/omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Hvor stor del av et vanlig middagsmåltid inneholder grønnsaker?

- Bruker ikke grønnsaker       Mindre enn 1/3        Omtrent 1/2 
- Mindre enn 1/4        Omtrent 1/3        Mer enn 1/2 

### 14. Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 15. Dersom du har gjort sunne endringer i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## TOBAKK

### 16. Røyker du?

- Ja, daglig     Ja, av og til     Nei, har aldri røykt     Nei, har sluttet

### 17. Bruker du snus?

- Ja, daglig     Ja, av og til     Nei, har aldri brukt snus     Nei, har sluttet

### 18. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

Hvor viktig er det for deg å være røykfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hvor viktig er det for deg å være snusfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### 19. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du har sluttet å røyke: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være røykfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dersom du har sluttet å snuse: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være snusfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## SØVN

### 20. Har du ofte (dvs. mer enn 3 ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natta?

- Ja     Nei

### 21. Hvis ja: Opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

- Ja     Nei

## ALKOHOL

### 22. Hvor ofte drikker du alkohol?

- Aldri       Månedlig eller sjeldnere       2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uka       4-6 ganger i uka       Daglig

### 23. Hvor mange glass (alkoholenheter) drikker du på en typisk dag når du drikker alkohol?

Antall glass (alkoholenheter): \_\_\_\_\_

En alkoholenhet er:



eller



eller



eller



33 cl øl/rusbrus

12-15 cl vin

8 cl hetvin

4 cl brennevin

### 24. Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholforbruk som ikke går utover helsen din?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### 25. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan redusere alkoholforbruket ditt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du har klart å redusere alkoholforbruket ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## HØYDE, VEKT OG MIDJE

26.

Høyde: \_\_\_\_\_ cm Vekt: \_\_\_\_\_ kg Midje: \_\_\_\_\_ cm (hvis aktuelt: måles av veileder ved frisklivssentralen)

## SOSIAL STØTTE

### 27. Har du venner/familie som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja  Nei

### 28. Har du venner/familie som du kan snakke trygt og fortrolig med?

Ja  Nei

## MEDISINBRUK

### 29. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?

Ja  Nei

Hvis ja, for hva? \_\_\_\_\_

### 30. Har du redusert medisinbruken i løpet av frisklivsperioden?

Ja  Nei

Hvis ja, for hva? \_\_\_\_\_

### 31. Hva er din arbeidsstatus i dag?

I jobb/yrkesaktiv \_\_\_\_\_%  Sykemeldt \_\_\_\_\_%

NAV-stønad \_\_\_\_\_% type stønad: \_\_\_\_\_

Pensjonist \_\_\_\_\_%  Student/skoleelev \_\_\_\_\_%

Annet (spesifiser) \_\_\_\_\_






## FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

32. For å kunne følge din generelle helsetilstand, trenger vi å vite hvordan du har det. Vi ber deg derfor svare på spørsmålene A til F nedenfor. Sett kryss til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

### A. FYSYSK FORM

De siste 2 uker:


Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/ kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1 <input type="checkbox"/>
TUNGT (f.eks.) Jogge i rolig tempo		2 <input type="checkbox"/>
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3 <input type="checkbox"/>
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4 <input type="checkbox"/>
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte – eller kan ikke gå		5 <input type="checkbox"/>

### B. FØLELSESMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker:






Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del		4 <input type="checkbox"/>
Svært mye		5 <input type="checkbox"/>

## C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker:






Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare lette vansker		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del vansker		4 <input type="checkbox"/>
Har ikke greid noe		5 <input type="checkbox"/>

## D. SOSIALE AKTIVITETER

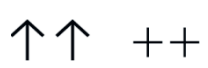
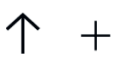
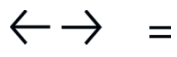


De siste 2 uker:

Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
Ganske mye		4 <input type="checkbox"/>
I svært stor grad		5 <input type="checkbox"/>

## E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE






Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

Mye bedre		1 <input type="checkbox"/>
Litt bedre		2 <input type="checkbox"/>
Omtrent uforandret		3 <input type="checkbox"/>
Litt verre		4 <input type="checkbox"/>
Mye verre		5 <input type="checkbox"/>

## F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker:

Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i allminnlighet?

Svært god		1 <input type="checkbox"/>
God		2 <input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig		3 <input type="checkbox"/>
Dårlig		4 <input type="checkbox"/>
Meget dårlig		5 <input type="checkbox"/>

## MÅL OG PLANER

33. I hvilken grad har du oppnådd ditt/dine mål for deltakelse på frisklivssentralen?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er jeg har ikke oppnådd noen av mine mål og 10 er jeg har oppnådd alle mine mål

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34. Hva er ditt/dine mål og planer fremover?

---

---

---

---

---

35. Hva skal til for at du når målene dine?

---

---

---

---

---

## TILLEGGSOPPLYSNINGER

36. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

