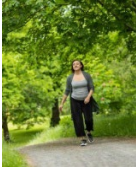


Samtalsunderlag om levnadsvanor

Levnadsvanorna 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 värden erbjuda hjälp och stöd.

Namn








Personnummer

Fysisk aktivitet											
1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfädd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport? (Svara i hela minuter)	Måndag	min	2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion , till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? (Svara i hela minuter)	Måndag	min				
	Tisdag	.....	min		Tisdag	.....	min		
	Onsdag	.....	min		Onsdag	.....	min		
	Torsdag	.....	min		Torsdag	.....	min		
	Freitag	.....	min		Freitag	.....	min		
	Lördag	.....	min		Lördag	.....	min		
	Söndag	.....	min		Söndag	.....	min		
Totalt	=====	min	x 2 =	+	=====	min	Aktivetsminuter	=	=====		

3. Hur mycket sitter du en normal dag om du räknar bort sömn?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nästan hela tiden | <input type="checkbox"/> 13-15 timmar |
| <input type="checkbox"/> 10-12 timmar | <input type="checkbox"/> 7- 9 timmar |
| <input type="checkbox"/> 4- 6 timmar | <input type="checkbox"/> 1- 3 timmar |
| <input type="checkbox"/> Aldrig | |

Matvanor

4. Hur ofta äter du grönsaker eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng		5. Hur ofta äter du frukt eller bär (färska eller frysta)? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng	
6. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt eller som pålägg? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng		7. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad, godis, glass, chips eller sockersötade drycker som saft eller läsk ? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng	
8. Hur ofta äter du nyckelhålmärkta fullkornsprodukter som grovt fiberrikt fullkornsbröd, knäckebröd, havregrynsgröt, müsli eller fullkornspasta? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng		9. Hur ofta äter du en huvudrätt baserad på rött kött (nöt, gris, lamm, ren eller vilt) eller charkprodukter (skinka, korv eller bacon)? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng	
10. Hur ofta äter du en huvudrätt baserad på baljväxter (ärtor, bönor, linser)? <input type="checkbox"/> Varje dag: _____ gånger per dag <input type="checkbox"/> Varje vecka: _____ gånger per vecka <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per vecka <input type="checkbox"/> Aldrig _____ poäng			

Tobaks- och nikotinvanor

11. Använder du, eller har du tidigare använt, tobakssnus eller nikotinsnus, cigaretter, vattenpipa, e-cigaretter, nikotinläkemedel eller andra tobaks- eller nikotinprodukter?

- Nej → gå vidare till fråga 12 om alkohol
- Jag har tidigare använt men slutat för mer än 6 månader sedan → gå vidare till fråga 12 om alkohol
- Jag använder tobak eller andra nikotinprodukter nu eller har slutat för mindre än 6 månader sedan

	Slutat	Slutdatum	Dagligen eller så gott som dagligen	Ibland
Tobakssnus	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> _____ dosor/vecka	<input type="checkbox"/> _____ dosor/månad
Nikotinsnus	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> _____ dosor/vecka	<input type="checkbox"/> _____ dosor/månad
Cigaretter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> _____ cig/dag	<input type="checkbox"/> _____ cig/månad
Vattenpipa	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> _____ sessioner/dag	<input type="checkbox"/> _____ sessioner/månad
E-cigaretter	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> _____ gånger/dag	<input type="checkbox"/> _____ gånger/månad
Nikotinläkemedel (tuggummi, plåster mm)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra tobaks- eller nikotinprodukter	<input type="checkbox"/>	Vad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkoholvanor	12. Hur ofta dricker du alkohol?	13. Hur ofta dricker du 4 standardglas, eller mer, vid samma tillfälle?
<p>Folköl 50 cl Starköl 33 cl Vin 12 cl Starkvin 8 cl Sprit 4 cl</p> <p>Figuren visar vad som motsvarar ett standardglas</p>	<p><input type="checkbox"/> Jag har aldrig druckit alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har tidigare druckit alkohol men slutat</p> <p><input type="checkbox"/> Jag dricker alkohol mer sällan än 1 gång i månaden</p> <p><input type="checkbox"/> Varje månad (men inte så ofta som varje vecka)</p> <p>Hur många standardglas dricker du en vanlig månad _____ standardglas → gå vidare till fråga 13</p> <p><input type="checkbox"/> Varje vecka</p> <p>Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka _____ standardglas → gå vidare till fråga 13</p>	<p><input type="checkbox"/> Aldrig</p> <p><input type="checkbox"/> Mer sällan än 1 gång i månaden</p> <p><input type="checkbox"/> Minst 1 gång i månaden, Hur många gånger dricker du 4 standardglas, eller mer, vid samma tillfälle: _____ gånger i månaden</p>

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?

.....

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

Alkoholvanor Matvanor Motionsvanor Stress Sömn Tobaksvanor