

FRISKLIV OPPSTART

Dato:

Navn:

Alder: 0-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 Over 80

Kryss av for det alternativet som passer deg best

• Årsak til deltakelse på frisklivssentralen:

- Fysisk inaktivitet
- Overvekt
- Muskel- og skjelettplager
- Psykisk lidelse/diagnose
- Psykiske plager
- Diabetes
- Høyt blodtrykk
- Hjerte-/karsykdommer
- Lungesykdom
- Kreftsykdom
- Røykeslutt
- Kostholdsending
- Annet

• Har du benyttet frisklivsresept tidligere:

- Ja
- Nei

• Hva er din arbeidsstatus per i dag?

- Yrkesaktiv %
- Sykemeldt %
- NAV-stønad
- Pensjonist
- Student/Skoleelev
- Annet






FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

For å kunne følge din generelle helsetilstand, er det fint om du kan svare på seks spørsmål om hvordan du har det. Vi ber deg svare på spørsmålene A til F nedenfor, ved å sette kryss i ruten til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

A FYSISK 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"/> |

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"/> |

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"/> |

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"/> |

Nedenfor følger spørsmål om ulike levevaner. Fyll ut det du mener er relevant for deg. Det er fint om du kan fylle ut alt, men du avgjør selv om du vil utelate noe.

Vekt:

Høyde:

FYSISK AKTIVITET

TV og PC:

Hvor mange timer ser du vanligvis på TV/film, sitter med PC eller driver med andre "skjermaktiviteter" på en **hverdag**?
Bruk av skjerm i arbeids- og skoletid regnes ikke med.

Mindre enn 1 time 1 - inntil 2 timer 2 - inntil 3 timer 3 - inntil 4 timer 4 - 5 timer Mer enn 5 timer

Lett fysisk aktivitet:

De siste 7 dager, hvor mange timer til sammen har du vært i **lett** fysisk aktivitet **uten å bli andpusten**? For eksempel gå eller sykle rolig, hus-/hagearbeid.

Mindre enn 1 time 1 - inntil 2 timer 2 - inntil 3 timer 3 - inntil 4 timer 4 - 5 timer Mer enn 5 timer

Moderat fysisk aktivitet

De siste 7 dager, hvor mange timer til sammen har du vært i **moderat** fysisk aktivitet, slik at du blir **andpusten**. For eksempel gå tur, sykle, ski, dans, hus-/hagearbeid.

Mindre enn 1 time 1 - inntil 2 timer 2 - inntil 3 timer 3 - inntil 4 timer 4 - 5 timer Mer enn 5 timer

Hard fysisk aktivitet

De siste 7 dager, hvor mange timer til sammen har du vært i **hard** fysisk aktivitet, slik at du blir **veldig andpusten**. For eksempel rask gange, gå i motbakke, løpe, sykle.

Mindre enn 1 time 1 - inntil 2 timer 2 - inntil 3 timer 3 - inntil 4 timer 4 - 5 timer Mer enn 5 timer

Kryss av fra 1-10, der 1 = overhode ikke viktig og 10 = særdeles viktig

Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svar på det/de spørsmålene som passer. Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

Dersom du ønsker endring: hvor stor tro har du på at du kan bli mer fysisk aktiv?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du er fornøyd med aktivitetsnivået ditt: hvor stor tro har du på at du klarer å opprettholde aktivitetsnivået ditt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Måltidsrytme:

Merk av foran de klokkeslettene du vanligvis spiser måltider og mellommåltider.

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

Hvor sunt mener du ditt kosthold er?

Svært usunt Usunt Verken sunt eller usunt Sunt Svært sunt

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"/> |
| Let, 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"/> |

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"/> |

Merk av på skalaen 1-10, 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig

Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svar på det/de spørsmålene som passer. Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

Dersom du ønsker endring i kostholdet ditt: hvor stor tro har du på at du kan få et sunnere kosthold?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du er fornøyd med kostholdet ditt: hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• **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

• **Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du drikker alkohol?**

1 Enhet = en flaske (33cl) øl/cider/rusbrus eller ett glass vin (12 cl) eller ett glass hetvin (7,5 cl) eller ett glass brennevin/sprit/whiskey/likør (4 cl)

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere

• **Hvor ofte drikker du 5 alkoholenheter eller flere?**

- Aldri
- Sjelden
- Noen ganger i måneden
- Ukentlig
- Noen ganger i uka
- Daglig eller nesten daglig

• **Svar på det/de spørsmålene som passer. Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.**

Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholinntak som ikke innebærer økt helserisiko?

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

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 redusert alkoholforbruket ditt til anbefalt nivå, hvor stor tro har du på at du kan opprettholde vanen?

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

Røyker du nå?

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei

Dersom du ikke røyker nå, har du:

- Vært røykfri mer enn ett år
 Sluttet siste året

Dersom du røyker nå, hvor mange sigaretter røyker du per dag? (1 pk tobakk tilsvarer ca 50 sigaretter)

- Færre enn 10
 10-20
 Flere enn 20

Dersom du røyker, har du prøvd å slutte:

- Ja
 Nei

Hvor viktig er det for deg å være røykfri? Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Svar på det/de spørsmålene som passer. Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

Dersom du ønsker endring: hvor stor tro har du på at du kan slutte å røyke?

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Dersom du har sluttet å røyke, hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være røykfri?

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

• Snuser du nå?

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei

• Dersom du ikke snuser nå, har du:

- Vært snusfri mer enn ett år
 Sluttet siste året

• Dersom du snuser nå, hvor mye snuser du per uke?

- Snuser kun av og til
 Mindre enn 3 bokser i uka
 3-7 bokser i uka
 Mer enn 7 bokser i uka

• Hvor viktig er det for deg å være snusfri? Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

• Svar på det/de spørsmålene som passer. Merk av på skalaen 1-10. 1 er overhode ikke viktig og 10 er svært viktig.

Dersom du ønsker endring: hvor stor tro har du på at du kan slutte å snuse?

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

Dersom du har sluttet å snuse, hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være snusfri?

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|