

# 52 uger - Spørgeskema til "Stol på Idræt" - Horsens

Navn: _____	Fødselsdato _____
Tester: _____	Dato: _____

Jeg vil nu stille dig nogle spørgsmål om din dagligdag. Du kommer til at besvare en hel del spørgsmål, som ligner hinanden meget, men de er alligevel lidt forskellige, og det er vigtigt, at du besvarer dem alle.

## 1. I hvilken boligtype bor du?

- Etageejendom .....  1  
Enfamiliehus.....  2

## 2. Indeholder boligen

- Elevator og trapper.....  1  
Alene trapper.....  2  
Hverken elevator  
eller trapper.....  3

## 3. Bruger du ganghjælpemidler ude?

(hvis relevant flere krydser)

- Nej.....  1  
Spadserstok.....  2  
Albuestok.....  3  
Rollator.....  4  
Kørestol.....  5  
Andet \_\_\_\_\_

## 4. Bruger du ganghjælpemidler inde?

(hvis relevant flere krydser)

- Nej.....  1  
Spadserstok.....  2  
Albuestok.....  3  
Rollator.....  4  
Kørestol.....  5  
Andet \_\_\_\_\_

## 5. Hvordan du synes din balance er ?

- Jeg har god balance.....  1  
Undertiden er jeg  
lidt usikker på benene.....  2  
Jeg mister balancen  
en gang imellem.....  3

## 6. Er du faldet udendørs i løbet af det sidste år ?

- Slet ikke.....  1  
1 gang.....  2  
2 gange.....  3  
3 gange.....  4  
4+ gange.....  5

## 7. Er du faldet indendørs i løbet af det sidste år ?

- Slet ikke.....  1  
1 gang.....  2  
2 gange.....  3  
3 gange.....  4  
4+ gange.....  5

**8. Får du hjemmehjælp?**

(hvis relevant 2 kryds)

- Nej.....  1  
Ja, praktisk bistand  
(fx indkøb, rengøring).....  2  
Ja, til personlig pleje  
(fx. bad).....  3

**9. Er du glad og tilfreds med din tilværelse?**

- Ja, for det meste.....  1  
Ja, af og til.....  2  
Nej (næsten aldrig).....  3  
Ved ikke.....  4

**10. Føler du dig frisk nok til at gennemføre det, som du har lyst til at gøre?**

- Ja, for det meste.....  1  
Ja, af og til.....  2  
Nej (næsten aldrig).....  3  
Ved ikke.....  4

**11. Hvor ofte har du kontakt med den del af din familie, du ikke bor sammen med?**

- Dagligt.....  1  
Et par gange ugentlig.....  2  
Et par gange om måneden.....  3  
Sjældnere.....  4  
Aldrig.....  5  
Jeg har ingen familie.....  6

**12. Hvor ofte har du kontakt med venner og bekendte?**

- Dagligt.....  1  
Et par gange ugentlig.....  2  
Et par gange om måneden.....  3  
Sjældnere.....  4  
Aldrig.....  5

**13. Deltager Du i foreningsliv, møder eller lignende?**

(herunder aktiv sportsdeltagelse og træning, aftenskole i sæsonen m.m.)

- Dagligt.....  1  
Et par gange ugentlig.....  2  
Et par gange om måneden.....  3  
Sjældnere.....  4  
Aldrig.....  5

---

**SF12 - Skema om livskvalitet (kun ét kryds i hver spørgsmål linje)**

De næste spørgsmål handler om din opfattelse af dit helbred. Oplysningerne giver et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål.

**1. Hvordan synes du , dit helbred er alt i alt?**

- Fremragende.....  1  
Vældig godt.....  2  
Godt.....  3  
Mindre godt.....  4  
Dårligt.....  5

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

- |   | Ja, meget<br>begrænset     | Ja, lidt<br>begrænset      | Nej, slet ikke<br>begrænset |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 2. Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3  |
| 3. At gå flere etager op ad trapper                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3  |

Har du indenfor de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med (*dit arbejde eller andre*) daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred ?

- |   | Hele<br>tiden              | En hel del<br>af tiden     | Noget af<br>tiden          | Lidt af<br>tiden           | På intet<br>tidspunkt      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 4. Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunne udføre | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Har du indenfor de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer ?

- |  | Ja                         | Nej                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 6. Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

8. Indenfor de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| Slet ikke.....      | <input type="checkbox"/> 1 |
| Lidt .....          | <input type="checkbox"/> 2 |
| Noget.....          | <input type="checkbox"/> 3 |
| En hel del.....     | <input type="checkbox"/> 4 |
| Virkelig meget..... | <input type="checkbox"/> 5 |

Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:

- |                                       | Hele tiden                 | En hel del af tiden        | Noget af tiden             | Lidt af tiden              | På intet tidspunkt         |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. Har du følt dig rolig og afslappet | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Har du været fuld af energi?      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Har du følt dig trist til mode?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

12. Indenfor de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?

- Hele tiden .....  1
- Det meste af tiden.....  2
- Noget af tiden.....  3
- Lidt af tiden.....  4
- På intet tidspunkt.....  5

**Nu vil jeg spørge dig, om du kan udføre nogle aktiviteter uden besvær, med lidt besvær eller slet ikke.**

**For hver aktivitet skal du sige hvilket udsagn, der bedst beskriver hvad du kan** (*Kan du..., hvis ja, er det med besvær...*). Dine svar skal angive, om du er i stand til udføre aktiviteterne, også selv om du ikke normalt udfører dem.

	<b>Ja, uden besvær</b>	<b>Ja, med lidt besvær</b>	<b>Ja, med meget besvær</b>	<b>Nej, slet ikke</b>
Personlig pleje – som fx klæde mig på	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tage bad – brusebad eller karbad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Gå op og ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Gå udendørs 100-200 m ( <i>fra Vitus Beringsplads til Søndergade v. byporten</i> )	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Udføre let husarbejde – fx lave mad, tørre støv af, vaske op, feje gulv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Handle ind – madvarer eller tøj	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Gå 400 m uden at hvile ( <i>fra Banegården til Vitus Beringsplads</i> )	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Gå 800 m ( <i>fra Banegården til den gamle rådhusplads v. kalven</i> )	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Gå 1600 m ( <i>fra Banegården til klosterkirken i Borgergade</i> )	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Løfte og bære 5 kg? - fx indkøbsposer ( <i>5 l mælk</i> )	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Løfte og bære 12 kg? – fx en middelstor kuffert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Udføre tungt husarbejde – fx vaske gulv, støvsuge, rive blade sammen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Udføre anstrengende aktiviteter - fx vandreture, grave have, flytte tunge ting, cykle, aerobics	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**De næste spørgsmål handler om hvor fysisk aktiv Du er nu?**

Næsten helt fysisk passiv eller let fysisk aktiv i mindre end 2 timer pr. uge.....  1  
(f.eks. læsning, fjernsyn, biograf)

Let fysisk aktivitet fra 2-4 timer pr. uge.....  2  
(f.eks. spadsereture, cykelture, let havearbejde, let motionsgymnastik)

Let aktivitet i mere end 4 timer pr. uge eller mere anstrengende fysisk aktivitet i 2-4 timer pr. uge.....  3  
(f.eks. hurtig gang og/eller hurtig cykling, tungt havearbejde, hård motionsgymnastik, hvor man sveder og bliver forpustet)

De følgende spørgsmål handler om, hvor bekymret du er over muligheden for at falde.

Du skal sige hvilket udsagn, der kommer tættest på din egen fornemmelse af, i hvor høj grad du er bekymret for at falde.

*(Selv om du ikke i øjeblikket er nødt til at udføre .....skal du forestille dig, at du udførte.... og angive, om du TROR at du ville være bekymret for at falde).*

		Overhoved et ikke bekymret <b>1</b>	Noget bekymret <b>2</b>	Temmelig bekymret <b>3</b>	Meget bekymret <b>4</b>
1	Gøre rent i hjemmet (fx feje, støvsuge eller tørre støv af)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	Tage tøj af og på	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	Tilberede enkle måltider	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Tage brusebad eller karbad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	Gå i forretninger	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	Rejse sig fra og sætte sig på en stol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Gå op og ned ad trapper	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Spadsere i nabolaget	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9	Række efter noget over hovedhøjde eller på gulvet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10	Tage telefonen inden den holder op med at ringe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11	Gang på et glat underlag (f.eks. vådt eller isbelagt)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12	Besøge en ven/veninde eller et familiemedlem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13	Gå rundt et sted, hvor der er mange mennesker	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14	Gå på et ujævnt underlag (f.eks. på et dårligt vedligeholdt fortov eller stenet grund)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15	Gå op eller ned ad en skråning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16	Deltage i sociale sammenkomster (f.eks. familiesammenkomster, foreningsmøder eller gudstjeneste)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## **Funktionsevne (almindelig daglig levevis) - MOBILITET**

Mange ældre mennesker føler, at tingene tager længere tid end tidligere og at de bliver trætte. Med de følgende spørgsmål vil vi gerne have at vide, dels om Du kan klare de daglige aktiviteter selv, dels om Du bliver træt og/eller om du skal have hjælp.

### **1. Kan Du rejse dig fra stol/seng?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

<b>Hvis ja:</b>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
bliver Du træt?	1	2
skal Du have hjælp?	1	2

### **2. Kan Du komme udendørs?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

<b>Hvis ja:</b>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
bliver Du træt?	1	2
skal Du have hjælp?	1	2

### **3. Kan Du gå omkring inde i huset?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

<b>Hvis ja:</b>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
bliver Du træt?	1	2
skal Du have hjælp?	1	2

### **4. Kan Du klare at gå udendørs i godt vejr i 1/2-1 time?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

<b>Hvis ja:</b>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
bliver Du træt?	1	2
skal Du have hjælp?	1	2

### **5. Kan Du klare at gå udendørs i dårligt vejr i 1/2-1 time?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

<b>hvis ja:</b>	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
bliver Du træt?	1	2
skal Du have hjælp?	1	2

**6. Kan Du gå på trapper til 2. sal?**

1. ja
2. nej
3. gør det ikke

**Hvis ja:**  
bliver Du træt?  
skal Du have hjælp?

<u>Ja</u>	<u>Nej</u>
1	2
1	2

## Projektevurering (udfyldes efter testning)

Kan du nævne 3 gode ting ved at have deltaget i projektet?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Kan du nævne 3 mindre gode ting ved at have deltaget i projektet?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Har du tænkt dig at fortsætte med at være fysisk aktiv?

Ja.....

Nej.....

Hvis ja, hvilken form for fysisk aktivitet har du tænkt dig at fortsætte med?

---

---

Vil du anbefale andre at deltage i ”stol på idræt”?

Ja.....

Nej.....

Har du forslag til hvad der skulle gøres anderledes, så tilbuddet blev bedre ældre mennesker i fremtiden?

---

---

---

---

---