

Utdrag ur indikatorbilagan  
för Nationella riktlinjer för  
sjukdomsförebyggande  
metoder 2011

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

# Förord

Socialstyrelsen publicerade 2011 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Indikationer – Bilaga. Indikatorerna uppdaterades i samband med att de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor publicerades 2018.

I bilagan från 2011 ingick ett avsnitt om bakgrund till mått för att bedöma levnadsvanor. Den delen i bilagan är fortfarande relevant som stöd för arbetet med levnadsvanor i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför publicerat ett utdrag från bilagan från 2011. Däremot hänvisar myndigheten till bilagan från 2018 när det gäller indikatorer för att följa upp de aktuella riktlinjerna.

Anders Bengtsson  
Enhetschef  
Hälso- och sjukvård och tandvård 1

# Innehåll

Förord.....	3
Bakgrund till mått för att bedöma levnadsvanor .....	5
Tobaksbruk.....	5
Värdering.....	6
Alkoholvanor .....	6
Värdering.....	7
Fysisk aktivitet .....	7
Värdering.....	8
Matvanor .....	9
Värdering.....	10
Frågor om levnadsvanor .....	11
Tobak.....	12
Alkohol .....	13
Fysisk aktivitet .....	13
Mat.....	14
Fysiologiska mått .....	15
Referenser .....	17

# Bakgrund till mått för att bedöma levnadsvanor

För att kunna mäta de indikatorer som beskrivs ovan krävs uppgifter om levnadsvanor. Socialstyrelsen har därför tagit fram ett antal mått på levnadsvanor, i form av frågor till patienter. Måtten är till för att användas som underlag för resultat- och processindikatorerna. Frågorna finns sist i denna bilaga.

Frågorna kan också användas som ett hjälpmedel i följande sammanhang:

- i samband med samtal om levnadsvanor med patienter
- för att kunna hitta de patienter som har störst behov av att förändra sina levnadsvanor (en fördjupad utredning kan dock krävas)
- för uppföljning av förändring av levnadsvanor efter åtgärder, både på individ- och gruppnivå.

Valet av mått på levnadsvanorna har skett utifrån en sammanvägning av krav på innehåll, säkerhet i mätbarhet samt möjlighet att ha med frågan i en ordinarie datoriserad journal. Det är en svår och viktig balans mellan enkelhet (och tidsbesparing) och informationsvärde.

Ett särskilt avgörande har gällt vilken tidsperiod frågan ska gälla, särskilt om den ska avse en ”typisk vecka” eller ”senaste 7 dagarna”. Det finns goda argument för båda valen, men Socialstyrelsens förslag utgår från vanebeteendet.

En gräns eller poängsumma har satts för respektive levnadsvana för att indikera den nivå där levnadsvanan är ohälsosam och där personen kan vara i behov av en åtgärd för förändrade levnadsvanor.

## Tobaksbruk

Förslaget till frågekonstruktion när det gäller tobaksbruk bygger på de frågor som rekommenderats av Statens folkhälsoinstitut i skriften *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården* [1]. Flera nordiska studier visar att självrapporterad tobakskonsumtion visar en god överensstämmelse med den konsumtion som kan mätas med biologiska markörer som kotinin i blodet eller kolmonoxid i utandningsluften [2-3]. Tobakskonsumtionen mäts i cigaretter per dag och snusdosor per vecka. Som regel brukar konsumtionen vara ganska konstant från dag till dag respektive vecka till vecka.

Frågorna tar upp både rökning och snusning. Att snusa innebär inte lika stor risk för den framtida hälsan som att röka, enligt den forskning som finns för närvarande. Det finns dock få studier av snusets långtidsrisker och det är därför viktigt att det även finns med en fråga om snus. Detta kan öka möjligheterna till framtida forskning om snus.

Svarsalternativen på frågorna börjar med alternativet ”aldrig rökare” respektive ”aldrig snusare”, för att markera att det är detta alternativ som värderas högst. Svarsalternativen för dem som har slutat röka respektive snusa delas upp i mer än respektive mindre än sex månader. Motivet till detta är att man efter mer än sex månaders tobaksfrihet kan räknas som mer stabil när det gäller tobaksfrihet och har en mindre risk att återfalla. Många studier har rökfrihet efter mer än sex månader som gräns för rökfrihet. Genom att ange svarsalternativen på detta sätt är det möjligt att över tid ange processen när en rökare slutar röka.

De olika svarsalternativen för dagligrökare bygger på den kraftiga riskökningen vid ökad cigarettkonsumtion [4]. Riskökningen vid ökad snuskonsumtion är inte lika uttalad som vid rökning. Nikotinberoendet hos snusare är dock sannolikt lika stort som hos rökare.

De allra flesta som är rökare har börjat röka i tonåren. För att förenkla och minska antalet frågor om tobak har vi valt att inte ta med en fråga om antalet paketår (det vill säga antal paket per dag multiplicerat med antal år som rökare). För att förenkla frågorna har vi också valt att inte skilja mellan lössnus och portionssnus. Tidigare fanns enbart lössnus och mängden i en dosa var 50 gram. Mängden lössnus har nu minskats till 45 gram per dosa. Portionssnus finns också tillgängligt sedan flera år. I en dosa portionssnus finns 24 gram snus.

Den stora majoriteten av rökare använder cigaretter. Endast en liten andel röker pipa. Ett paket piptobak innehåller oftast 40 gram tobak och en cigarett cirka 1 gram tobak. Att röka ett paket piptobak per vecka motsvarar cirka sex cigaretter per dag.

Ett område som inte tas upp i dessa riktlinjer är rökning med vattenpipa, där det knappt finns några studier alls. När det gäller vattenpipsrökning finns inte heller några etablerade mått på konsumtionen.

## Värdering

Rökning definieras här som dagligrökning. För gravida, ammande, personer som ska opereras, föräldrar och andra vårdnadshavare samt ungdomar under 18 år gäller även mer sporadisk rökning. Med en före detta rökare avses en person som slutat röka för mer än sex månader sedan.

## Alkoholvanor

Alkoholkonsumtion kan studeras utifrån kvantitet, frekvens och variation (dryckesmönster). Kvantitet och frekvens kombineras ofta i ett volymmått, exempelvis mängd per vecka. Traditionellt sett har fokus legat på att mäta volym, eftersom detta betraktas som den viktigaste faktorn för hälsoproblem till följd av alkoholkonsumtion [5]. Sedan 1990-talet har dock en ökad betoning på alkoholens mer akuta, eller omedelbara, konsekvenser lett till ett större intresse för att studera dryckesmönster. Intensiv- eller berusningsdrickande, det vill säga att dricka en större kvantitet vid ett och samma tillfälle, betraktas som en viktig riskfaktor för olycksfall och våld, och diskuteras alltmer även som en riskfaktor för många andra hälsokonsekvenser [6].

De frågor som Socialstyrelsen har tagit fram för alkoholkonsumtion speglar de två grundläggande aspekterna volym och dryckesmönster. Frågorna bygger på AUDIT-C, en kortversion av *alcohol use disorders identification test* (AUDIT) som WHO tog fram på 1980-talet. AUDIT omfattar tio frågor, medan AUDIT-C utgörs av de tre första frågorna i AUDIT [7].

Fråga 1 kombinerar två frågor från AUDIT-C, hur ofta man dricker och vilken ”typisk kvantitet” man brukar dricka. Svaren på dessa frågor multipliceras för att få en persons veckovolym. Det finns dock flera skäl att använda en fråga för att få veckovolym. Viss kritik har framförts mot frågan om typisk kvantitet, då detta kan vara svårt att bedöma i Sverige och länder där alkohol traditionellt sett dricks i större mängd vid ett mindre antal tillfällen. Socialstyrelsen bedömer dock att det är lättare att resonera i termer av veckovolym än att försöka skatta antal tillfällen man dricker en vanlig vecka och vilken typisk volym man då dricker. Frågan om veckovolym har börjat användas i många landsting, vilket visar att den är användbar.

Fråga 2 är hämtad från AUDIT-C, men är ändrad beträffande antal glas som definieras som berusningsdrickande. Den ursprungliga AUDIT-manualen definierar berusningsdrickande utifrån måttet sex eller fler standardglas vid samma tillfälle, för både män och kvinnor. Detta mått har dock ett begränsat stöd i den vetenskapliga litteraturen, där fyra eller fler standardglas för kvinnor och fem eller fler standardglas för män är de mått som oftast används.

För att få ett gemensamt mått vid självrapportering av alkoholkonsumtion används begreppet ”standardglas”, ”glas” eller ”drink”. Ett standardglas innehåller 12 gram alkohol, vilket motsvarar knappt 4 cl starksprit, 8 cl starkvin, 12–15 cl bordsvin, 33 cl starköl och 1 burk 50 cl folköl.

## Värdering

Riskbruk av alkohol definieras som en konsumtion av mer än 9 glas per vecka för kvinnor eller mer än 14 glas per vecka för män, eller ett eller fler intensivdrickartillfällen per månad för både kvinnor och män. För gravida kvinnor definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk.

Intensivkonsumtion definieras som 4 glas eller mer för kvinnor och 5 glas eller mer för män vid ett och samma tillfälle.

## Fysisk aktivitet

Att bedöma den fysiska aktivitetsnivån på individnivå är svårt och förknippat med betydande metodproblem. Svårast är det att bedöma vardagsaktiviteter, medan frågor om motions- eller träningsvanor ofta uppvisar högre validitet och reliabilitet, eftersom det är lättare att minnas det som utförs regelbundet och med en högre intensitet [8-9].

Stillasittande är en alltmer etablerad riskfaktor. Den ses inte längre enbart som en motsats till friskfaktorn fysisk aktivitet, utan benämns allt oftare som en oberoende riskfaktor. Eftersom det saknas en tydlig definition av stillasittande och därmed även bra frågor för att bedöma detta, har Socialstyrelsen valt att vänta med att inkludera en fråga om stillasittande i dessa indikatorer.

I Socialstyrelsens förslag på frågor efterfrågas hur mycket tid man utövat fysisk aktivitet, på en minst måttlig intensitetsnivå, under en vanlig vecka. I många studier och uppföljningar efterfrågas ofta hur mycket fysisk aktivitet som utövats under de senaste sju dagarna, då skattningar av en ”vanlig vecka” kan öka risken för att aktivitetsnivån överskattas. Socialstyrelsen har ändå valt att utgå från en ”vanlig vecka”, för att frågorna för de olika levnadsvanorna ska vara enhetliga.

Frågorna om fysisk aktivitet efterfrågar total tid av fysisk aktivitet under en vecka. Frågorna är utformade så att de också kan fånga upp stegvisa förbättringar även hos de personer som är minst aktiva, oavsett om de uppnår den rekommenderade aktivitetsnivån eller inte. Att frågan kan fånga upp förändringar hos de minst aktiva är viktigt, eftersom just dessa personer har mest att vinna på att öka sin aktivitetsnivå. Dessutom är det viktigt att hålla i åtanke att man gör ytterligare hälsovinster om man har en aktivitetsnivå som överstiger den rekommenderade [10].

## Värdering

I dessa riktlinjer definieras *otillräcklig fysisk aktivitet* som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå, alternativt mindre än 75 minuter fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå. Definitionen bygger på rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk aktivitet som är framtagna av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) och antagna av Svenska Läkaresällskapet. Rekommendationerna utgår från den senaste forskningen på området [10-12].

Rekommendationen innehåller följande punkter:

- Alla vuxna från 18 år och uppåt, bör vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst 10 minuter.
- Aktiviteten ska vara av aerob karaktär, där måttlig intensitet ger en ökning av puls och andning, medan hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning. Exempel på fysisk aktivitet som uppfyller denna rekommendation är 30 minuters rask promenad fem dagar per vecka, 20–30 minuters löpning tre dagar per vecka eller en kombination av dessa.
- Ytterligare hälsoeffekter kan uppnås om man utöver detta ökar mängden fysisk aktivitet. Detta kan ske genom att öka intensiteten eller antal minuter per vecka eller bådadera.
- Muskelstärkande fysisk aktivitet bör utföras minst två gånger per vecka för flertalet av kroppens stora muskelgrupper.
- Äldre, det vill säga vuxna över 65 år, bör även träna balans.
- Äldre eller personer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionshinder, som inte kan nå upp till rekommendationen ovan, bör vara så aktiva som tillståndet medger. Gravida rekommenderas att vara regelbundet fysiskt aktiva, men valet av aktiviteter kan behöva anpassas till tillståndet. I dessa fall kan specifika rekommendationer erhållas i FYSS



- (www.fyss.se), en handbok om fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.
- Långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser ("bensträckare") med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden. Detta gäller även dem som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet ovan.

Resultaten från fråga 1 och 2 om fysisk aktivitet (i Socialstyrelsens förslag på frågor) vägs samman till ett gemensamt mått som vi valt att kalla aktivitetsminuter. När resultaten vägs samman räknas tiden i den mer intensiva aktiviteten (som efterfrågas i fråga 1) dubbelt, det vill säga 45 minuters promenad plus 45 minuters löpning blir 135 aktivitetsminuter ( $45 + 90 = 135$ ). Målet är att nå upp till 150 aktivitetsminuter per vecka.

## Matvanor

En persons matvanor består av flera olika dimensioner, såsom energiintag, näringsintag, livsmedelsval, tillagningsform, måltidsordning, med mera. Det innebär att det är svårt att utvärdera de hälsomässiga effekterna av en persons matvanor genom några enkla frågor. Exempelvis varierar rekommenderat intag med ålder, kön, grad av fysisk aktivitet och hälsostatus.

Målsättningen med Socialstyrelsens föreslagna frågor är att de ska fånga sådana kostvanor som är relevanta ur folkhälsosynpunkt och samtidigt vara enkla att besvara. Frågorna baseras på de svenska näringsrekommendationerna (SNR) och SNÖ, det vill säga de svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel. SNÖ är alltså de svenska näringsrekommendationerna omvandlade till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna, anpassat för en relativt stillasittande livsstil [13]. SNÖ har gett upphov till följande kostråd: ökat intag av frukt, grönsaker, fullkorn, fisk och fleromättat fett samt minskat intag av mättat fett och socker. Dessa råd stämmer väl överens med WHO:s rekommendationer för en hälsosam livsstil [14]. Målet med råden är att människor ska känna till vad som är bra matvanor och att de ska upplevas som möjliga att följa.

Livsmedelsverket undersöker förändringar i den vuxna befolkningens matvanor genom att regelbundet ställa frågor till ett representativt urval av befolkningen. Livsmedelsverkets frågor har validerats mot mer omfattande kostundersökningar [15]. Liknande frågor har också använts i undersökningar i de nordiska och baltiska länderna [16-17]. Dessa enkla frågor kan användas som indikatorer på kostens näringsmässiga kvalitet (fett, mättat fett, socker och kostfibrer) och för uppföljning av enskilda kostråd.

Utifrån Livsmedelsverkets frågor har Socialstyrelsen utarbetat fyra enkla frågor som ska kunna användas rutinmässigt, journalföras och vara självinstruerande. De ska kunna fånga upp de personer för vilka ytterligare insatser av vården kan vara motiverade. De ska också kunna följa de valda vanorna över tid, både på individ- och gruppnivå.

För att göra frågorna enkla uppskattas intag enbart utifrån frekvens och inte kvantitet, vilket är mer komplicerat och tar längre tid.

En fråga om intag av matfett har diskuterats men har uteslutits eftersom den var svår att tolka. En fråga angående ”utrymmesmat” har efter diskussion lagts till, eftersom den bedöms vara relevant i hälsosamtal om matvanor. Med utrymmesmat menas livsmedel som innehåller mycket energi eller fett och socker, men lite av andra näringsämnen.

Socialstyrelsens indikatorgrupp har också diskuterat om juice ska ingå i frågan om frukt, efter synpunkter från remissinstanser. Skälet till att inte ha med juice är att ett högt juiceintag också innebär ett högt intag av socker och energi. Socialstyrelsen har dock beslutat att låta juice ingå i frågan av två skäl: dels för att det är olyckligt att ändra ursprungsfrågan (eftersom den är testad och utgår från Livsmedelsverkets frågor), dels för att juice bidrar med C-vitamin och i många fall (när juicen innehåller fruktkött) med ett visst tillskott av lösliga fibrer samt bioaktiva substanser.

Socialstyrelsen har på initiativ av remissvar lagt till en fråga om frukostvanor. Skälet till detta är att uppgifter om frukostintag adderar en dimension till matvanorna. Det finns vetenskapligt stöd för att ett regelbundet intag av frukost kan leda till minskat överätande under dagen och till att man väljer mindre energität mat resten av dagen. Att man äter frukost regelbundet kan också tyda på att man är mer fysiskt aktiv jämfört med personer som inte äter frukost regelbundet. Regelbundet frukostätande indikerar också en förmåga att planera matvanorna [18-19].

## Värdering

Socialstyrelsen har utarbetat ett kostindex baserat på en poängsättning av svarsalternativen för fråga 1–4 där maxpoäng är 12 (se frågeformulär om mat nedan). Fråga 5, om frukost, ingår inte i kostindexet, eftersom denna har med tidpunkt för intaget att göra medan resterande frågor gäller frekvensen av olika kostintag.

Svaren på enkätfrågorna poängsätts enligt parenteserna efter de olika svarsalternativen. Observera att poängen inte ska finnas med då frågorna används i exempelvis enkätform. Poängen har satts utifrån poängsättningen i Livsmedelsverkets enkätfrågor. Dessa frågor har dock fler svarsalternativ. För att kontrollera att poängsättningen ändå överensstämmer med Livsmedelsverkets har svaren klustrats och poängen jämförts, vilket visade en godtagbar korrelation.

Livsmedelsverket bedömer att de som har 0–4 poäng har betydande ohälsosamma matvanor, medan de som har 9–12 poäng i stort sett följer kostråden. Den förra gruppen utgör drygt 20 procent av den vuxna befolkningen, medan den senare utgör cirka 10 procent [20]. Målsättningen med de föreslagna frågorna är att de ska fånga dem med störst förbättringspotential när det gäller matvanorna, det vill säga de som får 0–4 poäng.

I dessa riktlinjer har Socialstyrelsen definierat *ohälsosamma matvanor* som låga poäng på kostindexet, det vill säga 0–4 poäng.

Svaren på kostfrågorna bör värderas i termer av möjliga förbättringar. Att exempelvis äta frukt sällan behöver inte innebära risk för ohälsa relaterat till

matvanor. Kostintaget bygger på en komplexitet som gör att enskilda kostfaktorer inte kan värderas separat. En enkel riskvärdering bör därför bygga på sammantagen riskvärdering av samtliga frågor. Särskilt uppmärksam bör man vara på personer som har låga poäng, sällan äter frukost och samtidigt har övervikt eller fetma.

## Frågor om levnadsvanor

Nedan presenteras ett antal frågor som kan användas som underlag till mått på levnadsvanorna. Frågorna ska besvaras av patienten. Svaren kan registreras på olika sätt: av patienten själv, av vårdpersonal, via webben, på ett pappersformulär eller direkt i en datajournal.

Frågorna är standardiserade men svarsalternativen kan utformas på olika sätt. Svarsalternativens utformning kan anpassas till den metod för insamling av data och registrering som man väljer. Till exempel kan man välja mellan att ha några fasta svarsalternativ i kategorier eller att ange det aktuella antalet. Nedan presenteras några olika förslag till hur svarsalternativen kan utformas.

# Tobak

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

## 1. Mina rökvanor

Jag har aldrig varit rökare

*Alternativ a) svar i kategorier*

- Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan  
 Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan

Jag röker, men inte dagligen

*Alternativ a) svar i kategorier*

- Jag röker dagligen →  
 1–9 cigaretter per dag  
 10–19 cigaretter per dag  
 20 eller fler cigaretter per dag

*Alternativ b) svar i antal månader*

Jag har slutat röka för X månader sedan

*Alternativ b) svar i antal cigaretter*

Jag röker dagligen  
X cigaretter per dag

## 2. Mina snusvanor

Jag har aldrig varit snusare

*Alternativ a) svar i kategorier*

- Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan  
 Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan

Jag snusar, men inte dagligen

*Alternativ a) svar i kategorier*

- Jag snusar dagligen →  
 1–3 dosor per vecka  
 4–6 dosor per vecka  
 7 eller fler dosor per vecka

*Alternativ b) svar i antal månader*

Jag har slutat snusa för X månader sedan

*Alternativ b) svar i antal dosor*

Jag snusar dagligen  
X dosor per vecka

# Alkohol

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

## Med ett "standardglas" menas:



### 1. Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?

Alternativ a) svar i kategorier

Alternativ b) svar i antal standardglas

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dricker <1 standardglas per vecka eller inte alls 1– | Dricker X standardglas per vecka |
| <input type="checkbox"/> 4 standardglas per vecka                             |                                  |
| <input type="checkbox"/> 5–9 standardglas per vecka 10–                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> 14 standardglas per vecka                            |                                  |
| <input type="checkbox"/> 15 eller fler standardglas per vecka                 |                                  |

### 2. Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

Alternativ a) svar i kategorier

Alternativ b) svar i antal gånger per månad

- |   |                    |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldrig                                   | X gånger per månad |
| <input type="checkbox"/> Mer sällan än 1 gång per månad Varje må- |                    |
| <input type="checkbox"/> nad                                      |                    |
| <input type="checkbox"/> Varje vecka                              |                    |
| <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan dagligen           |                    |

# Fysisk aktivitet

### 1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfädd, till ex-empel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

Alternativ a) svar i kategorier

Alternativ b) svar i antal minuter per vecka

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid Mindre än 30 | X minuter |
| <input type="checkbox"/> minuter                          |           |
| <input type="checkbox"/> 30–60 minuter (0,5–1 timme)      |           |
| <input type="checkbox"/> 60–90 minuter (1–1,5 timmar)     |           |
| <input type="checkbox"/> 90–120 minuter (1,5–2 timmar)    |           |
| <input type="checkbox"/> Mer än 120 minuter (2 timmar)    |           |

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).

Alternativ a) svar i kategorier

- 0 minuter/Ingen tid  
 Mindre än 30 minuter  
 30–60 minuter (0,5–1 timmar)  
 60–90 minuter (1–1,5 timmar)  
 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)  
 150–300 minuter (2,5–5 timmar)  
 Mer än 300 minuter (5 timmar)

Alternativ b) svar i antal minuter per vecka

X minuter

Alternativ c) svar i tabell enligt nedan

Hur mycket tid ägnar du åt fysisk träning, som får dig att bli andfådd, t.ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport?			Hur mycket tid ägnar du åt vardagsmotion, t.ex. promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).		
Träning (minuter)			Vardagsmotion (minuter)		
Måndag	.....		Måndag	.....	
Tisdag	.....		Tisdag	.....	
Onsdag	.....		Onsdag	.....	
Torsdag	.....		Torsdag	.....	
Fredag	.....		Fredag	.....	
Lördag	.....		Lördag	.....	
Söndag	.....		Söndag	.....	
Totalt			x 2 = _____		

## Mat

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

1. Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- Två gånger per dag eller oftare (3 p)  
 En gång per dag (2 p)  
 Några gånger i veckan (1 p)  
 En gång i veckan eller mer sällan (0 p)

2. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?

- Två gånger per dag eller oftare (3 p)  
 En gång per dag (2 p)  
 Några gånger i veckan (1 p)  
 En gång i veckan eller mer sällan (0 p)

3. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare (3 p)  
 Två gånger i veckan (2 p)  
 En gång i veckan (1 p)  
 Några gånger i månaden eller mer sällan (0 p)

#### 4. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft

- Två gånger per dag eller oftare (0 p)
- En gång per dag (1 p)
- Några gånger i veckan (2 p)
- En gång i veckan eller mer sällan (3 p)

#### 5. Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Observera! Poängen är till för att beräkna kostindex, se avsnittet *Matvanor* i denna bilaga. Poängen ska inte finnas med då frågan presenteras för patienten.

## Fysiologiska mått

De ovan beskrivna måtten på levnadsvanor innehåller frågor om levnadsvanor. Utöver dessa mått finns det också en rad fysiologiska mått som är relaterade till ohälsosamma levnadsvanor och därför viktiga som underlag för diagnos, indikation för behandling och för uppföljning. Dessa innefattar BMI (*body mass index*) och midjeomfång.

BMI är ett enkelt mått på nutritionsstatus som ger en uppfattning om kroppsvikten i relation till längden ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Nackdelen är att det bara ger en grov uppskattning av mängden kroppsfett och inte säger något om fettets distribution på kroppen. Midjeomfång (*waist circumference*) är ett enkelt mått på central fettvävsdistribution (intraabdominell). Midjeomfång är starkt relaterad till fetmaassocierad kardiometabol sjuklighet och förändringar i midjeomfång speglar förändringar i riskfaktorer för utveckling av dessa sjukdomar.

### BMI

Undervikt	$\leq 18,4$
Normal	18,5–24,9
Övervikt	25,0–29,9
Fetma	$\geq 30,0$

### Midjeomfång kvinnor

Normal	$< 80$ cm
Övervikt	80–88 cm
Fetma	$> 88$ cm

### **Midjeomfång män**

Normal	< 94cm
Övervikt	94–102 cm
Fetma	> 102 cm

Övervikt och fetma kan ses som sårbarhetsfaktorer i likhet med exempelvis högt blodtryck. Övervikt och fetma i kombination med låg poäng på kostfrågorna (0–4 poäng) samt otillräcklig fysisk aktivitet bör ses som en ökad risk för ohälsa. I detta sammanhang definierar vi övervikt och fetma som BMI  $\geq 25$  eller midjeomfång  $\geq 80$  cm för kvinnor och  $\geq 94$  cm för män.



# Referenser

1. Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården. En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal 2007. [http://www.fhi.se/PageFiles/3965/R200716\\_Tobaksavvanjning\\_0709%281%29.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3965/R200716_Tobaksavvanjning_0709%281%29.pdf). Statens folkhälsinstitut i samarbete med Socialstyrelsen; 2007.
2. Bakkevig, O, Steine, S, von Hafenbradl, K, Laerum, E. Smoking cessation. A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scand J Prim Health Care*. 2000; 18(4):247-51.
3. Vartiainen, E, Seppala, T, Lillsunde, P, Puska, P. Validation of self reported smoking by serum cotinine measurement in a community-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(3):167-70.
4. Yusuf, S, Hawken, S, Ounpuu, S, Dans, T, Avezum, A, Lanas, F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364(9438):937-52.
5. Room, R, Babor, T, Rehm, J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005; 365(9458):519-30.
6. Rehm, J, Rehn, N, Room, R, Monteiro, M, Gmel, G, Jernigan, D, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res*. 2003; 9(4):147-56.
7. Saunders, JB, Aasland, OG, Babor, TF, de la Fuente, JR, Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993; 88(6):791-804.
8. Hagströmer, M. Assessment of health-enhancing physical activity at population level. Department of Biosciences and Nutrition Unit for Prevention Nutrition. Stockholm Karolinska Institutet. 2007.
9. Statens folkhälsoinstitut. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington; 2008.
11. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
12. Garber, CE, Blissmer, B, Deschenes, MR, Franklin, BA, Lamonte, MJ, Lee, IM, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(7):1334-59.

13. Barbieri, H, Lindvall, C. De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel: underlag till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003.
14. WHO. Obesity and over weight. Geneve. 2003.
15. Sepp H, EU, Becker W. Enkätfrågor om kost och fysisk aktivitet bland vuxna – underlag till urval av frågor i befolkningsinriktade enkäter. Uppsala: Livsmedelsverket; 2004.
16. Similä M, FS, Vaask S, Thorgeirsdottir H, Pudule I, Petkeviciene J, Johansson L, Becker W, Ovesen L, Steingrimsdottir L, Moltchanova E, Valsta L. The Norbagreen 2002 study: Consumption of vegetables, potatoes, fruit, bread and fish in the Nordic and Baltic countries. Tema Nord 2003: 556. Nordic Council of Ministeries, Copenhagen. 2003.
17. Petkeviciene, J, Simila, M, Becker, W, Kriaucioniene, V, Valsta, LM. Validity and reproducibility of the Norbagreen food frequency questionnaire. Eur J Clin Nutr. 2009; 63(1):141-9.
18. Wyatt, HR, Grunwald, GK, Mosca, CL, Klem, ML, Wing, RR, Hill, JO. Long-term weight loss and breakfast in subjects in the National Weight Control Registry. Obes Res. 2002; 10(2):78-82.
19. Wing, RR, Hill, JO. Successful weight loss maintenance. Annu Rev Nutr. 2001; 21:323-41.
20. Becker, W. Indikatorer för bra matvanor. Resultat från intervjuundersökningar 2008. Uppsala: Livsmedelsverket; 2009.