



**HFS**

Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

# Sammanställning av data från Riktade hälsosamtal i fem landsting 2014

Rapport vidareutvecklad av HFS temagrupp Riktade hälsosamtal från en preliminär version författad av Eleonor Säfsten, Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting.

November 2016

**Temagrupp Riktade hälsosamtal**

# Innehåll

Förord .....	4
Sammanfattning.....	5
Bakgrund .....	6
Riktade hälsosamtal för hjärtkärlprevention i landsting och regioner .....	7
Pedagogiska visuella verktyg vid hälsosamtal.....	7
Beskrivning av uppdraget.....	9
Metod .....	10
Definitioner och avgränsningar .....	10
Underlag från landsting.....	10
Deltagande och hälsoläge .....	11
Manualer och enkäter från 2014 .....	11
Resultat .....	12
Deltagande i hälsosamtal 2014.....	12
Hälsoläge bland deltagare .....	13
BMI .....	14
Blodtryck .....	15
Diabetes .....	16
Allmänt hälsotillstånd .....	16
Rökning .....	17
Sammanfattning .....	18
Målgrupper och rutiner vid utförande av hälsosamtal i de olika landstingen .18	
Ålder .....	18
Inbjudan och kostnad .....	18
Hälsoenkät .....	18
Rutiner avseende provtagning .....	19
Jämförbarhet mellan variabler i enkät och mätvärden .....	20
Tillämpning av frågor och mätvärden i de pedagogiska visuella verktygen ....	21
Tillämpning av enkätfrågor i stjärnprofil och hälsokurva.....	21
Tillämpning av mätvärden .....	23
Diskussion .....	24
Avgränsningar .....	24
Jämförbarhet av mätvärden.....	24
Jämförbarhet av enkätfrågor .....	24
Hälsosamtal och de pedagogiska verktygen .....	25
Deltagarfrekvens och hälsoläge.....	26
Begränsningar .....	26
Frågan om jämförbarhet i framtiden? .....	26

Slutsats.....	28
Referenser .....	29
Bilaga.....	31
Jämförbarhet av frågor i hälsoenkäter .....	31
Civilstånd och boendesituation .....	31
Utbildning .....	31
Sysselsättning.....	32
Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom och diabetes.....	34
Allmänt hälsotillstånd .....	36
Stress och sömn .....	36
Tobak .....	37
Fysisk aktivitet .....	39
Stillasittande .....	40
Matvanor .....	41
Alkohol.....	42
Förändringsvilja .....	43

# Förord

Sex landsting/regioner bedrev 2014 verksamhet med Riktade hälsosamtal till vissa åldersgrupper i sin befolkning, oftast vid 40, 50 och 60 år. Hälsosamtalet är kärnan i insatsen, baserat på en hälsoenkät och vissa provtagningar, med syftet att förebygga förtida hjärt-kärlsjukdom.

Temagruppen Riktade hälsosamtal inom HFS-nätverket fick hösten 2015 möjlighet att anlita Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), Stockholms Läns Landsting, för ett fördjupande arbete tillsammans med fem landsting/regioner. Syftet var att belysa om och hur landstingens/regionernas verksamhet med Riktade hälsosamtal kan bidra med tilläggsinformation om hälsodata för deltagande åldersgrupper, utöver det primära syftet och värdet för deltagande individer. Därigenom stimuleras lärande mellan medlemsorganisationer (landsting/regioner) i frågor om deltagande, innehåll och genomförande av hälsosamtalen och information om hälsoläget samt jämförbarhet av data och variation i resultat. Arbetet har utförts med engagemang och hög kvalitet av Eleonor Säfsten, CES.

Arbetet avrapporterades till temagruppen i mars 2016. Under tiden april-november 2016 har temagruppen kompletterat, bearbetat och strukturerat det omfattande källmaterialet till föreliggande rapport.

En bakgrund tecknas på sid 6-9. Avgränsningar, syfte, metod beskrivs på sidorna 10-11. Resultat i form av jämförbara variabler och hälsoläge 2014 redovisas på sidorna 12 – 18. Målgrupper och rutiner beskrivs på sid 18-19. Enkätfrågor och mätvärden sammanfattas på sidorna 22-24, varefter följer diskussion och slutsats.

I bilaga finns en detaljerad genomgång av likheter och variationer mellan de hälsoenkäter som landsting/regioner använder till grund för hälsosamtalen. Denna genomgång är en värdefull källa för fortsatt erfarenhetsutbyte kring identiska/likartade hälsodata och variationer samt motiverade behov av lokalt förankrade enkäter.

# Sammanfattning

Inom det svenska Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) finns en temagrupp (Temagrupp Riktade hälsosamtal) som arbetar för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling kring hälsoundersökningar/hälsosamtal riktade mot hjärt-kärlsjukdomar.

De svenska programmen har flera gemensamma delar:

- De drivs integrerat i primärvården
- Befolkningsbaserade med hälsofrämjande lågriskstrategi kombinerade med förebyggande högriskstrategi
- Samtliga i målgruppen erbjuds att delta
- En individanpassad dialog-/hälsosamtal mellan deltagare och utförare genomförs med tillämpning av metodiken motiverande samtal
- Ett visuellt pedagogisk hjälpmedel används till stöd för samtalet
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet finns

Som ett led i fortsatt erfarenhetsutbyte har HFS gett centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i uppdrag att i första hand sammanställa och belysa de variabler som är gemensamma för de fem landsting som bidragit med data till rapporten samt i andra hand redovisa den variation som finns i utformningen av främst enkätfrågor.

Sammanställningen visar att variabler som har central betydelse för hjärt-kärlsjukdom är i stort sett desamma, i första hand avseende BMI, blodtryck, diabetes, allmänt hälsotillstånd och daglig rökning. För dessa variabler finns det därmed möjlighet till jämförelser mellan landsting/regioner.

Likheter fanns också vad gäller:

- Deltagarfrekvens
- Verksamhet
- Undersökningspopulation

Vissa frågeställningar som används i samtalsunderlagen varierar mer eller mindre mellan landstingen. Det finns även variation i vilka åldersgrupper som inbjuds till samtalen.

Rapporten visar sammanfattningsvis att det finns en del identiska/likartade data som kan jämföras mellan de olika programmen, främst i variabler av större betydelse för hjärt-kärlsjukdom.

Jämförbarhet av hälsoläget mellan landsting och deltagare i de riktade hälsosamtalen skulle kunna öka om ett urval av enkätfrågor var samstämmiga för samtliga landsting/regioner. Samtidigt kan konstateras att harmonisering av data ofta är möjlig även om enkätfrågorna inte är exakt lika.

För att gemensamt vidareutveckla programmen i ett kollegialt lärande och öka förståelsen av hur hälsosamtalen kan stödja deltagare till bästa möjliga hälsa kan det samtidigt vara en fördel med en viss variation mellan programmen.

# Bakgrund

Det svenska nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) startades 1996 och är en del av ett internationellt nätverk med syfte att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård för alla (1).

Hälsosamtal riktade mot hjärt- kärlsjukdom erbjuds åldersgrupper av befolkningen i ett växande antal landsting/regioner. Föregångare är Västerbottens hälsoundersökningar och Habo Hälsokurva, Region Jönköpings Län, varifrån betydande forskning baserat på ca 30 års verksamhet har publicerats, liksom från ett liknande hjärtkärlprojekt i Sollentuna som bedrevs 1988-1998 där effekten kunnat följas via register fram till 2010 (2).

Viktiga effekter på förtida mortalitet för tiden 1990-2006 i Västerbotten jämfört med riket publicerades i december 2015 (3). Motsvarande studier med liknande effekter finns från arbetet med Hälsokurvan i Habo/Jönköping (4, 5). De landsting/regioner som nu bedriver Riktade hälsosamtal utgår från det arbetssätt som utvecklats inom Västerbotten och Habo; integrerat i primärvård, befolkningsbaserat med hälsofrämjande lågriskstrategi kombinerat med förebyggande högriskstrategi, samtliga i målgruppen erbjuds, ett individanpassat hälsosamtal, ett visuellt verktyg används som stöd i samtalet som tillämpar motiverande samtalsmetodik. För verksamheten finns ett samordnat kompetens- och metodstöd. Metodik och beslutsunderlag är evidensbaserade och utvecklas över tid i takt med utveckling av ny evidens. Arbetssättet är därför ej statistiskt.

Inom ramen för denna modell, där de centrala komponenterna enligt ovan är gemensamma och det väsentligaste, finns variationer i utformning av inbjudningsrutiner, enkäter, provtagningar m.m. Även inom Västerbottens Hälsoundersökningar och Habo hälsokurva har dessa områden förändrats över tid. Erfarenhetsutbyte i dessa frågor är angeläget men bedöms ej vara avgörande för den gemensamma modellen av Riktade hälsosamtal för hjärt-kärlprevention. Ett strukturerat kollegialt lärande är centralt inom ramen för detta erfarenhetsutbyte.

I januari 2014 startade en temagrupp inom HFS för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling kring riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal.

En sammanställning av det internationella kunskapsläget om riktade hälsosamtal och en kartläggning av svenska erfarenheter från riktade hälsoundersökningar/ hälsosamtal med syfte att förebygga hjärt- kärlsjukdom har tidigare gjorts i rapporten: Hälsoundersökningar/Hälsosamtal - En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter 2014, på uppdrag av nätverket (6). Efter detta har väsentliga resultat baserat på såväl Västerbottens Hälsoundersökningar och Hälsokurvan i Habo, liksom från Sollentunas hjärtkärlprojekt publicerats under 2015 (2, 3, 7, 8).

I rapporten visar litteratursammanställningen stora variationer i de internationella programmens utförande, främst i metoder för interventioner, men även gällande integrationen i vården, val av målgrupper och uppföljningstider. De svenska programmen är integrerade i primärvården och bedrivs med ett sammanhållet och långsiktigt koncept, till skillnad från flera program i övriga länder. Programmen inom landsting/regioner erbjuder deltagare stöd för vidmakthållande av god hälsa, stöd för att ändra sina levnadsvanor samt vid behov också medicinska insatser.

De svenska programmen har flera gemensamma delar

- De drivs integrerat i primärvården

- Befolkningsbaserat med hälsofrämjande lågriskstrategi kombinerad med förebyggande högriskstrategi
- Samtliga i målgruppen erbjuds att delta
- En individanpassad dialog/hälsosamtal mellan deltagare och utförare genomförs med tillämpning av metodiken motiverande samtal
- Ett visuellt pedagogisk hjälpmedel används till stöd för samtalet
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet finns

I rapporten förordas bland annat, en tydlig definition av vad som ingår i en ”svensk modell för riktade hälsosamtal för hjärtkärlprevention”, samt en modell för resultatuppföljning av de riktade hälsosamtalen (6), utifrån ovanstående gemensamma delar.

## Riktade hälsosamtal för hjärtkärlprevention i landsting och regioner

Det övergripande målet med riktade hälsosamtal är att främja hälsa genom att mobilisera individens egen potential att påverka risken för hjärt-kärlsjukdom och typ-2-diabetes. Syftet är att tillämpa en befolkningsstrategi där alla i valda åldersgrupper får erbjudande att delta med möjlighet till mer kunskap och stöd om hur man kan värna om och förbättra sin hälsa (hälsofrämjande). Som en följd av detta får individer med hög risk för hjärt- kärlsjukdom (högriskstrategi) stöd och behandling enligt kliniska riktlinjer.

De riktade hälsosamtalen för hjärtkärlprevention<sup>1</sup> har pågått olika länge, i ett av de fem landsting/regionerna<sup>2</sup> som igår i denna rapport påbörjades det första programmet för riktade hälsosamtal 1984 och det senaste landstinget startade först 2014.

En manual för hur de riktade hälsosamtalen skall utföras finns i varje landsting. Deltagare i riktade hälsoundersökningar/hälsosamtal fyller i en hälsoenkät och genomgår en provtagning innan samtalet. I manualen beskrivs samtliga steg i arbetet, från hur inbjudan ska ske till hur svaren i hälsoenkäten och provsvaren ska värderas. I de flesta manualer finns även åtgärdsplaner, beskrivning av gränsvärden som indikerar behov av vidare utredning/uppföljning, samt beskrivning av hur ansvarsfördelningen ser ut mellan deltagare, hälsoundersökare och läkare.

### **Pedagogiska visuella verktyg vid hälsosamtal**

Vid hälsosamtalet, där metodiken motiverande samtal tillämpas, används ett pedagogiskt visuellt verktyg för att tydliggöra sambandet mellan levnadsvanor och andra faktorer (t. ex. självskattad hälsa) och kardiovaskulära riskfaktorer, och för att underlätta förståelsen av hur levnadsvaneförändring eller andra hälsofrämjande åtgärder kan bidra till bevarad eller förbättrad hälsa. Landstingen använder vid hälsosamtalen antingen Stjärnprofilen eller Hälsokurvan som är pedagogiska visuella

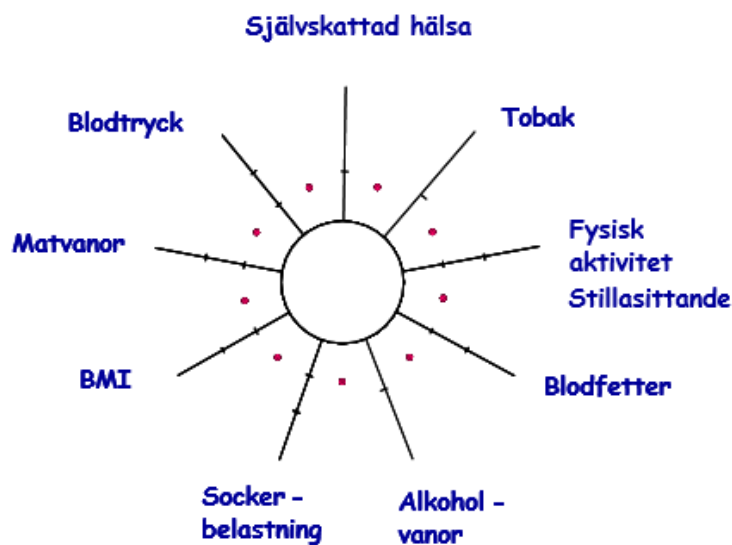
<sup>1</sup> Fortsättningsvis används ordet hälsosamtal med betydelsen förebyggande av hjärtkärlprevention

<sup>2</sup> Fortsättningsvis används endast landsting även för områden som ombildats till regioner.

verktyg.-Verktygen fylls i vid hälsosamtalet i dialog med deltagaren för att synliggöra risker och hur dessa kan vara relaterade till den personliga hälsoprofilen.

### Stjärnprofilen

I stjärnprofilen motsvarar varje udd en riskfaktor. Uddarna är indelade i tre eller fyra nivåer, en stjärna med samtliga uddar helt ifyllda speglar god hälsa, medan delvis ifyllda uddar visar förhöjd risk (se figur 1). Stjärnprofilen har åtta till nio uddar, varav alla är påverkbara (allmänt hälsotillstånd, tobak, fysisk aktivitet, matvanor, blodsocker, vikt, alkohol, blodtryck och blodfetter) och används i fyra av de i denna studie deltagande fem landstingen.



Figur 1. Pedagogiska verktyget Stjärnprofilen hämtad ur Västerbottens manual.

### Hälsokurvan

I hälsokurvan är de enskilda riskfaktorerna indelade i kolumner i en tre- till fyragradig skala från låg risk till hög risk (se figur 2). För att förstärka effekten har kolumnerna olika färg, från grön till röd. Hälsokurvan inleds med en genomgång av levnadsvanorna och följs av livssituation, psykisk ohälsa, ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdomar, BMI, midja-stusskvot, blodtryck, kolesterol och kronisk sjukdom.





# Metod

Sex landsting i Sverige hade under 2014 program för riktade hälsosamtal. Fem av dessa; Region Jönköpings län, Region Gävleborg, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Landstinget Sörmland hade tillgängligt data från det aktuella året och har bidragit med material till denna rapport.

## Definitioner och avgränsningar

Undersökningsmetodik är avgörande för jämförbarhet av olika statistikvärden. Jämförbarheten blir bättre om samma frågeformulär, samma datainsamlingsmetod, samma mätmetoder och undersökningsbetingelse, samma skattningsförfarande etc. används. När grupper ska jämföras vill man ha tillgång till statistikvärden för samma populationsparametrar.

Jämförbarhet mellan grupper beror på hur enhetlig definitionen av målpopulationsparametrar<sup>4</sup> och undersökningsmetoder är. När statistikvärden kommer från samma undersökning kan jämförbarheten betecknas som full, när de kommer från olika källor förekommer potentiella olikheter.

### Exempel

För att fastställa hälsoläge för olika utbildningsnivåer för deltagare i hälsosamtal och jämföra grupper mellan olika landsting krävs en gemensam definition av utbildningsnivåer, målpopulationen, hälsoläget, mätmetoder, hantering av bortfall samt förfarande gällande bearbetning av data.

Rapporten avgränsas till jämförbarhet av deskriptiva statistikvärden från riktade hälsosamtal mellan landsting och tar inte hänsyn till andra kvalitetsmått såsom statistikens innehåll, tillförlitlighet, aktualitet, relevans för hjärt-kärlsjukdom eller till validitet och reliabilitet av använda metoder. Andra dimensioner som inte ingår är jämförbarhet över tid eller jämförbarhet inom det egna landstinget.

Analys av insamlade data för hälsoläge utförs av respektive landsting och därmed begränsas sammanställningen till enbart deskriptiva data.

## Redovisning av data

Data ska:

- belysa mått som är identiska eller jämförbara mellan olika landsting
- belysa skillnader och likheter i hälsoläget mellan landstingen för utvalda hälsodata, uppdelat i ålder och kön.
- Belysa variationer som finns i utformning av variabler.
- Synliggöra möjligheter till lärande och utveckling utifrån de variationer som finns.

## Underlag från landsting

Rapporten bygger på underlag från de fem deltagande landstingen.

---

<sup>4</sup> Valet av objekt (deltagare i hälsoundersökningar) och population (inbjudna till hälsoundersökningar), variabler (socioekonomi) och statistiska mått (medelvärde och SD) ingår i de statistiska parametrarna.

Manualerna, som beskriver de riktade programmens innehåll och utformning och hälsoenkäterna för året 2014 samlades in via e-post från respektive landsting. Manualerna och enkäterna utgjorde grunden för att undersöka jämförbarhet av de data som genereras inom respektive program.

En checklista för beskrivning av variabler och analyser e-postades till respektive landsting. Checklistan utgick från information inhämtad ur manualer, enkäter och personlig korrespondens. Landstingen utförde sina egna analyser och e-postade sedan tillbaka dessa till författaren.

Efter genomgång av materialet beslutades, i samråd med HFS, att välja ut hälsodata som var jämförbara från året 2014. En ny checklista e-postades och besvarades enligt ovan. Det beslutades vidare att sammanställning av hälsodata skulle ske utefter ålder och kön. Variabler i checklista 1, till exempel utbildning, varierade för mycket för att jämförelser i dagsläget skulle vara möjliga.

Syfte och bakgrund till frågorna finns dokumenterat för Västerbottens hälsoundersökningar (9). Även för frågorna i Habo hälsokurva finns syfte och bakgrund dokumenterat i publicerade artiklar och avhandlingar (10).

### **Deltagande och hälsoläge**

Deltagande i hälsosamtal och hälsoläge presenteras med deskriptiva data (frekvens och andelar) för respektive landsting.

### **Manualer och enkäter från 2014**

Inledningsvis granskades samtliga manualer och enkäter för att få en uppfattning om hur hälsosamtalen genomförs. Enkätfrågor och svarsalternativ noterades och sorterades i en Excel-fil tillsammans med de olika provtagningar som beskrevs i manualerna.

Genomgång av materialet omfattade även en jämförelse av procedurer och metoder vid undersökningen (till exempel: blodtryck tas i höger arm på sittande patient) för respektive landsting. Frågor i hälsoenkäten och mätvärden använda inom de olika landstingen undersöktes gällande jämförbarhet av metoder, frågeställningar, svarsalternativ, datatyper (variabler i skalsteg, kontinuerliga eller kategorier) och dess potentiella utfall.

Slutligen sammanställdes gränsvärden för variablerna i de pedagogiska verktygen, till exempel BMI  $\geq 30$  fetma, vilka utgör underlaget till hälsosamtal.

# Resultat

I resultatet sammanfattas först deltagarfrekvens och hälsoläge utifrån utvalda variabler för respektive landsting för år 2014. Sedan följer en beskrivning av målgrupp och rutiner vid hälsosamtal/ hälsoundersökningar.

Efter detta presenteras jämförbarheten mellan de olika landstingen gällande variabler från hälsoenkäter och mätvärden. I bilaga redovisas i tabeller de variabler och data som är delvis eller ej jämförbara mellan deltagande landsting.

I en bilaga presenteras också en sammanställning av gränsvärden applicerade i de pedagogiska verktygen.

## Deltagande i hälsosamtal 2014

Deltagarfrekvens beskrivs per åldersgrupp i tabell 1. I Gävleborg och Sörmland finns data för hur stor andel av målpopulationen som blivit inbjudna, för dessa visas andel deltagande av antal inbjudna. Andel deltagande varierade 2014 mellan 50 procent och 69 procent, med undantag för Jönköping, som hade 33% deltagande. Under år 2014 pågick ett breddinförande av hälsosamtal inom Jönköpings primärvård så verksamheten var ännu ej i full drift. Några vårdcentraler hade inte kommit i gång fullt ut att erbjuda hälsosamtal och på en del vårdcentraler hann man inte under året erbjuda hälsosamtal till alla som var listade. Dessa genomfördes i stället 2015 och kom därför inte med i statistiken för 2014.

För de landsting som presenterar deltagande per åldersgrupp ses ett högre deltagande vid högre ålder.

Västernorrland har jämfört utbildningsnivå för gruppen deltagare med motsvarande åldersgrupper i befolkningen och har sett ett jämlikt deltagande oavsett utbildningsnivå. (Jönköping har sett samma mönster i en analys inom projektet Hälsolyftet med data från 2012-2013.) Västerbotten har jämfört utbildningsnivå för grupperna deltagare respektive icke deltagare och har sett ca 5% lägre deltagande för gruppen med högst 2-års gymnasieutbildning. Den disponibla årsinkomsten har också belysts i Västerbotten och skilde något, icke-deltagare 251±172 tkr jämfört med deltagare 269±161 tkr. (Ej i tabell).

Västerbotten kunde ej leverera köns- och åldersspecifika siffror för 2014. Deltagandet totalt var 69 %. Tidigare analyser visar att skillnaden mellan könen minskat över tid från programmets start (i början av 1990-talet) och var 5% år 2003-2007.

Generellt för övriga landsting är att andelen kvinnor som deltar i hälsosamtal är något högre än andelen män.

Tabell 1. Antal och andelar för listade deltagare, antal och andel inbjudna och deltagande deltagare i hälsosamtal beskrivna per landsting och ålderskategori.

Landsting/ Region	Totalt listade n	Inbjudna n (%)	Deltagare* n (%)	Deltagare av inbjudna %
Västerbotten	9744	Ej reg	6780 (69)	Ej reg
Västernorrland	9450	Ej reg	4737 (50)	Ej reg

40 år	2967		1388 (47)	
50 år	3301		1652 (50)	
60 år	3182		1697 (53)	
<b>Gävleborg</b>				
40 år	3373	3182 (94)	1768 (52)	56
Sörmland <sup>5</sup>	10726	10718 (100)	5706 (53)	53
40 år	3451	3470 (101)	1669 (48)	48
50 år	3995	3912 (98)	2065 (52)	53
60 år	3280	3336 (102)	1972 (60)	59
<b>Jönköping</b>				
40 år	4064		1167 (29)	
50 år	4508		1532 (34)	
60 år	3978		1478 (37)	

## Hälsoläge bland deltagare

Följande mått för hälsoläget är jämförbara mellan landsting: BMI, blodtryck, självrapporterad diabetes, allmänt hälsotillstånd och daglig rökning. Dessa mått baseras på mätmetoder och frågor som är lika i de fem landstingen. Även midjemått är jämförbart (ej redovisat).

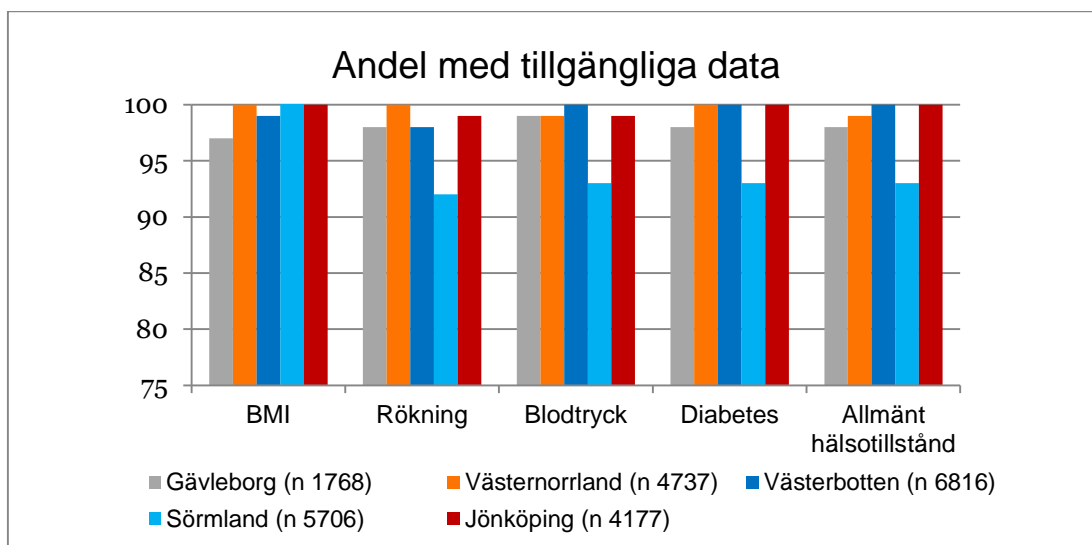
Nedan följer en sammanställning av hälsoläge bland deltagare baserat på deskriptiva data från respektive landsting. Samtliga mått presenteras med andelar indelade efter ålder och kön.

Jämförelser av hälsoläge baserade på deskriptiva data bör ske med viss försiktighet eftersom databehandlingen kan skilja mellan deltagande landsting. Vad gäller exempelvis blodtryck så kan andelen behandlade hypertoniker påverka, en faktor som det ej har varit möjligt att kontrollera för.

I figur 3 visas att svarsfrekvensen för deltagare och frekvens av genomförda undersökningar är hög för samtliga mått för de som deltar i hälsosamtal inom respektive landsting.

<sup>5</sup> I Sörmland uppgår andelen inbjudna till över 100 procent, på grund av följande felkällor. En unik mall togs fram för inbjudan till hälsoundersökningen, under 2014 (Sörmlands första år) användes mallen även till inbjudan för samtal vilket ej var meningen, det resulterade i att mallen i vissa fall användes 2 gånger för en och samma deltagare. Antalet listade är baserat på data från januari 2014, och förändringar har skett under året gällande listning (några har tillkommit och andra försvunnit). Därutöver bjöds medarbetare inom Sörmlands landsting boende/listade utanför Sörmland in (ca 200) varav ca 1/3 uppskattas ha deltagit.

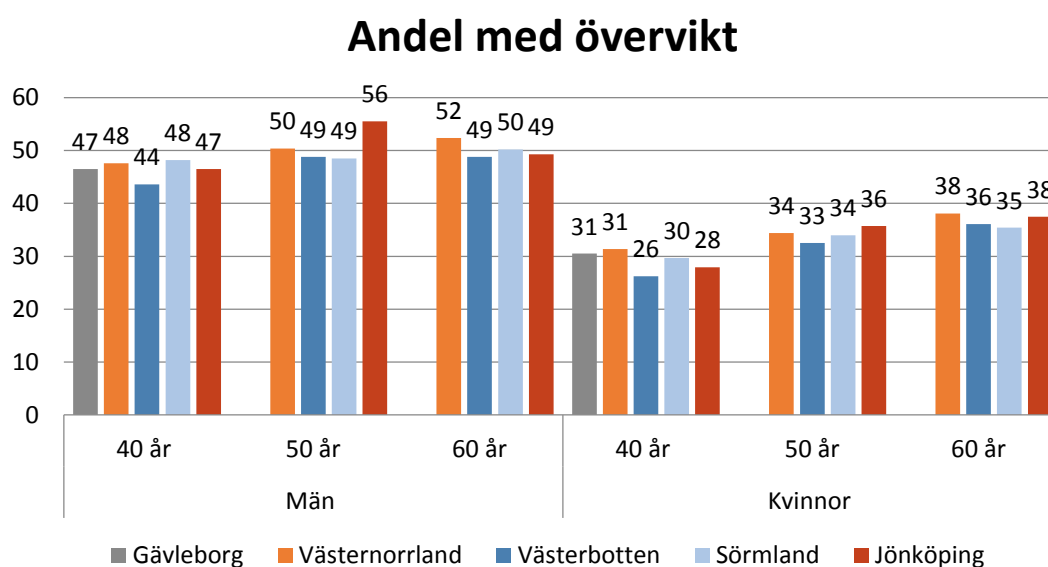
\* Av totalt listade



Figur 3. Andel av deltagare med data för de olika måtten inom respektive landsting.

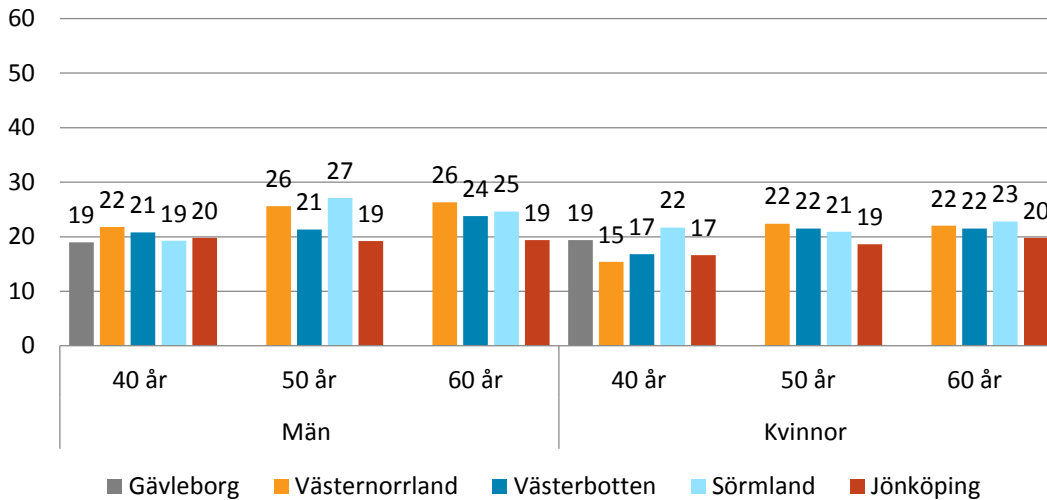
### BMI

I figur 4 visas andel med uppmätt övervikt (BMI 25-29,9) och i figur 5 visas andel med fetma (BMI  $\geq 30$ ) i respektive landsting för män och kvinnor per åldersgrupp. Viss skillnad i övervikt och fetma finns mellan landstingens deltagare i hälsosamtalen. Högst andel med övervikt eller fetma är det bland 60-åriga män och kvinnor i Västernorrland (78% respektive 60%), medan den lägsta andelen med övervikt eller fetma återfinns bland 40-åriga män och kvinnor i Västerbotten (65% respektive 43%). Generellt förefaller övervikt och fetma öka något med stigande ålder. Andel män med övervikt/fetma är generellt högre än andel kvinnor. Andel med undervikt (BMI  $< 18,5$ ) uppgick till 2 procent hos kvinnor i Sörmland, i övriga grupper klassades 0-1 procent med undervikt (visas ej).



Figur 4. Andel med övervikt (BMI 25-29,9) uppmätt vid hälsosamtalen indelat i ålder och kön per landsting.

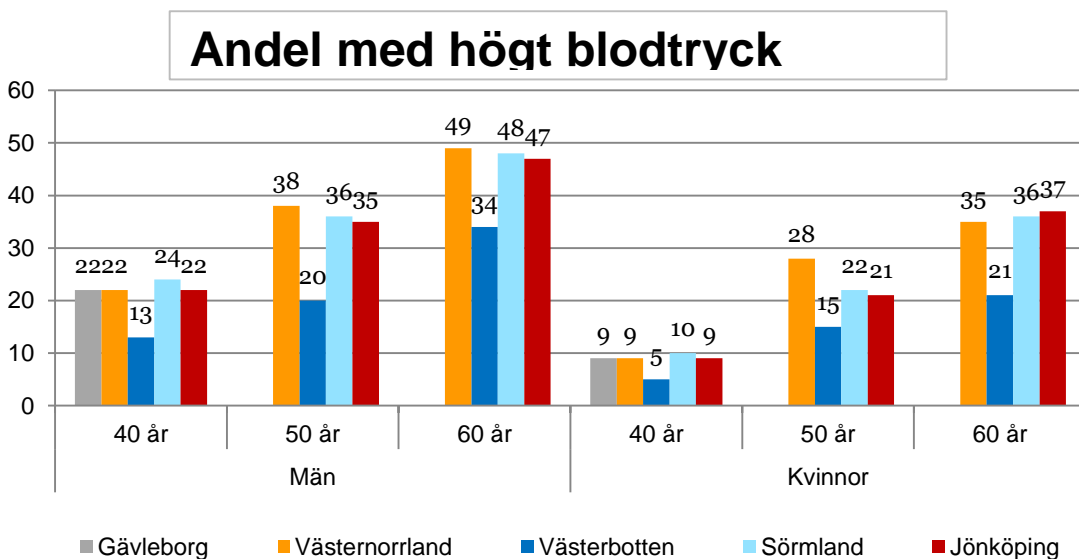
## Andel med fetma



Figur 5. Andel med fetma (BMI  $\geq 30$ ) uppmätt vid hälsosamtalet indelat i ålder och kön per landsting.

## Blodtryck

Högt blodtryck är i denna rapport klassificerat som uppmätt systoliskt tryck  $\geq 140$  och/eller diastoliskt tryck  $\geq 90$  vid mättillfället (oavsett om individen har läkemedel mot högt blodtryck). I figur 6 visas att förekomsten av högt blodtryck vid mättillfället ökar med stigande ålder, samt att män har högre förekomst än kvinnor. Andelarna antyder att Västerbotten både i åldersgrupper och per kön har en lägre andel med högt blodtryck än övriga landsting. Det uppmätta blodtrycket hos personer med diagnostiserad hypertoni är inkluderat i urvalet. Genom att även använda information om pågående hypertoni behandling skulle man kunna visa hur stor andel av behandlade hypertoniker som når behandlingsmålet  $<140/<90$ .



Figur 6. Andel med högt blodtryck (systoliskt tryck  $\geq 140$  och/eller diastoliskt tryck  $\geq 90$ ) vid mättillfället indelat i ålder och kön för respektive landsting.

## Diabetes

I hälsoenkäten ställs frågan "Har du diabetes?" i Gävleborg, Västernorrland, Västerbotten och Sörmland. Svartalternativen är ja eller nej. I Jönköping är frågan: "Har någon läkare konstaterat att du har diabetes?" Andelen män som svarar "ja" vid 60 års ålder är generellt högre än för kvinnor och ökar med stigande ålder (tabell 2). Andel personer som anger att de har diabetes tycks vara högre hos deltagare i Sörmland, vid 50 och 60-års ålder.

Tabell 2 Andel som svarat ja på frågan "Har du diabetes" i hälsoenkäten, indelat efter ålder och kön för respektive landsting.

Har du diabetes?	Män %			Kvinnor %		
	40 år	50 år	60 år	40 år	50 år	60 år
Gävleborg	1,2			1,4		
Västernorrland	1,1	1,5	3,5	0,3	1,2	2,6
Västerbotten	0,5	1,6	4,9	1,0	1,2	2,7
Sörmland	1,3	3,2	7,1	1,3	2,5	5,6
Jönköping	1,7	1,4	4,6	1,2	1,2	2,5

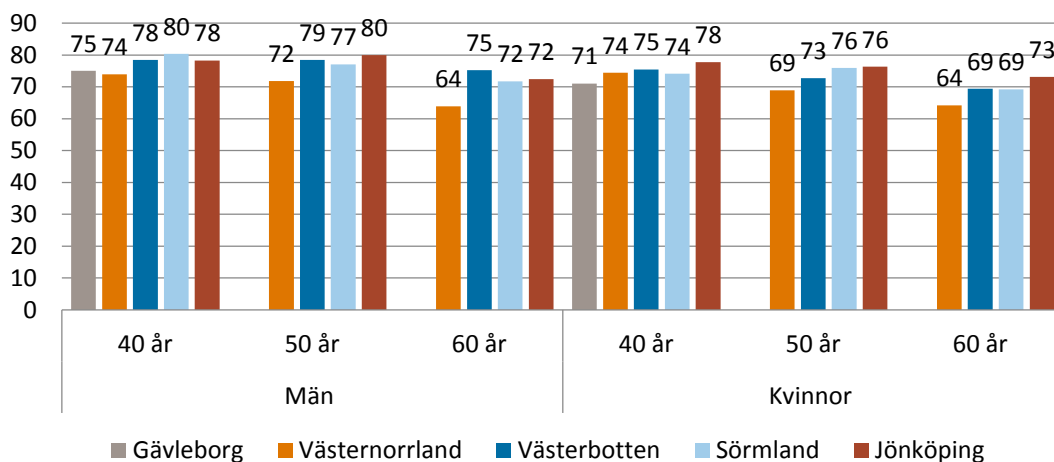
## Allmänt hälsotillstånd

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd har visat sig vara en stark prediktor för dödlighet (11). I samtliga hälsoenkäter ställs frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med fem svartalternativ (Mycket bra/ Bra/ Någorlunda/ Dåligt/ Mycket dåligt). I figur 7 visas andel personer som besvarat frågan med något av alternativen bra eller mycket bra och i figur 8 visas andelen som svarat dåligt eller mycket dåligt.



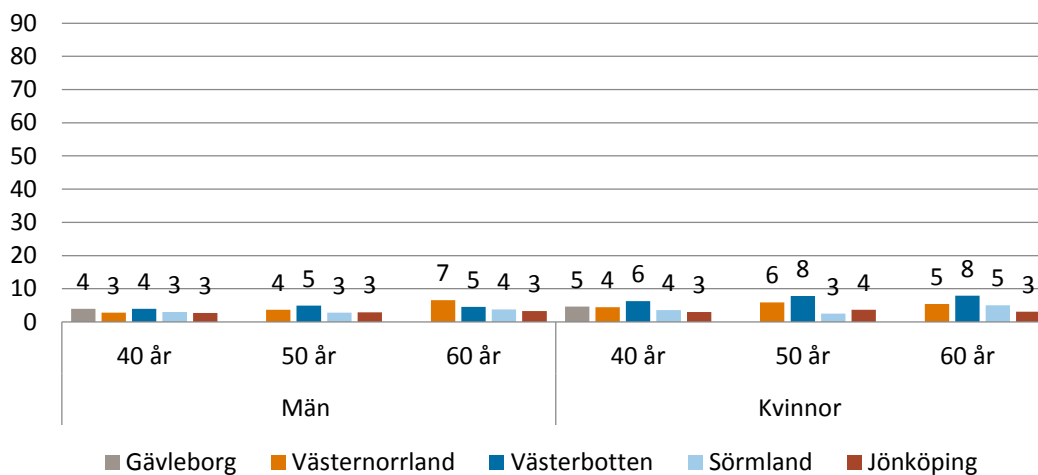
Skillnaden är liten mellan landsting och ålderskategorier, men andel bra/mycket bra tycks minska något med stigande ålder. Alternativet någorlunda redovisas inte.

## Allmänt hälsotillstånd Andel bra/mycket bra



Figur 7. Andel av de som svarat bra eller mycket bra på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" indelat i ålder och kön för respektive landsting.

## Allmänt hälsotillstånd Andel dåligt/mycket dåligt

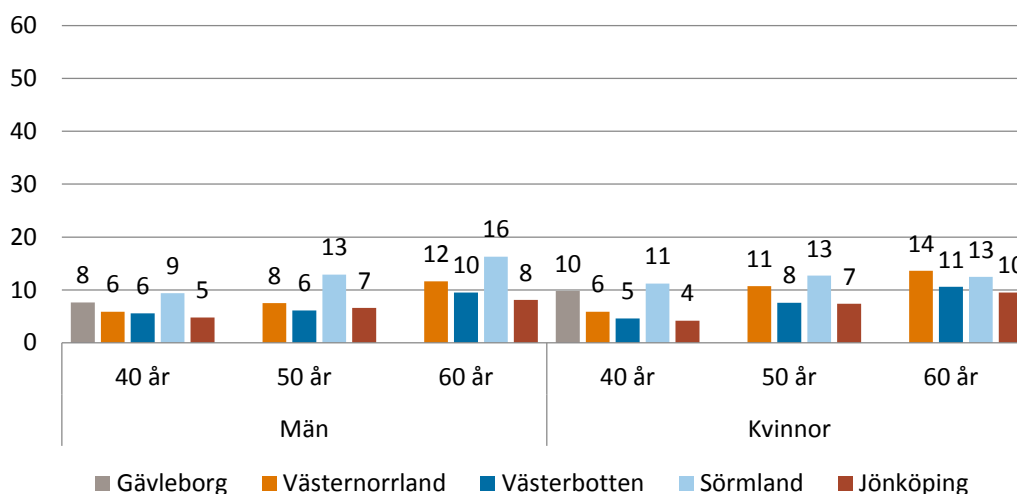


Figur 8. Andel av de som svarat dåligt eller mycket dåligt på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" indelat i ålder och kön för respektive landsting.

## Rökning

I figur 9 presenteras daglig rökning i landstingen. Både frågeställningar och svarsalternativ som ligger till grund för data skiljer sig (se tabell 15 i bilaga) och baserat på frågorna i hälsoenkäten har andel dagligrökare inhämtats. Skillnaden mellan landsting är påtaglig.

## Andel daglig rökning



Figur 9. Andel som klassificeras som dagligrökare i de olika frågor som ställs om rökning, inkluderar även cigarr och pipa, indelade efter ålder och kön.

### Sammanfattning

De presenterade graferna för området Hälsoläge 2014 visar en grupp variabler där data av betydelse för hjärt-kärlsjukdom är jämförbara mellan aktiva landsting. Det ger underlag för fortsatta diskussioner kring reella variationer, möjliga felkällor och fler analyser.

## Målgrupper och rutiner vid utförande av hälsosamtal i de olika landstingen

### Ålder

Hälsoundersökningarna utförs vid 40, 50 och 60 år i Västernorrland, Västerbotten och Sörmland. I Jönköping kallas även 70-åringar medan man i Gävleborg endast vänder sig till 40-åringar. Samtliga personer som under året fyller given ålder utgör målgruppen.

### Inbjudan och kostnad

Befolkningsregistret eller listningssystemet används för att hitta samtliga personer som uppfyller given ålder och som skall få en inbjudan till hälsoundersökning. Inbjudan skickas via post, vissa landsting använder sig av en förbokad tid medan andra uppmanar deltagaren att boka in en passande tid. I Västerbotten, Gävleborg och Jönköping förekommer även inbjudan per telefon. Hälsoundersökningen/-samtalet är kostnadsfritt förutom i Västerbotten och Jönköping där deltagaren betalar en mindre avgift.

### Hälsoenkät

Hälsoenkäten fylls i vid olika tillfällen, i Västerbotten, och Sörmland delas enkäten ut vid provtagningen och fylls i på plats. Västernorrland, Gävleborg och Jönköping skickar hem enkäten i samband med inbjudan. I Västernorrland lämnas den in vid provtagningen medan den i Gävleborg och Jönköping samlas in i samband med hälsosamtalet. Utöver hälsoenkäten används i Jönköping ett särskilt formulär om matvanor, som fylls i samband med hälsosamtalet. Enkäterna innehåller frågor om

välkända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, till exempel frågor om socioekonomi, hälsa och sjukdom, ärftlighet och levnadsvanor.

### **Rutiner avseende provtagning**

Samtliga landsting mäter längd, vikt, blodtryck och blodsocker. Blodfetter tas endast om förhöjd risk uppvisas för övriga riskmarkörer i Gävleborg. I Jönköping tas total kolesterol på samtliga och fullständigt lipidstatus på vissa vid förhöjd risk enligt manual. I övriga landsting sker provtagning av blodfetter på samtliga deltagare. I Västerbotten, Västernorrland och Sörmland tas alla mätvärden efter nattfasta eller 8-12 timmars fasta och hälsosamtalet sker vid ett senare tillfälle då samtliga provsvar finns tillgängliga.

#### *Mått för övervikt och fetma*

BMI och midjemått används som mått för övervikt i alla landsting. I manualerna definieras gränsvärden för BMI enligt WHO: undervikt <18,5, normalvikt 18,5-24,9, övervikt 25-29,9 och fetma  $\geq 30$  (12). Endast Jönköping preciserar i manualen att längd skall mätas utan skor. Västerbotten hänvisar i sin manual till hur man enkelt når de läns gemensamma provtagningsrutinerna.

Midjemått är en indikator för bukfetma, och tas stående under lätt utandning, mellan nedersta revbensbågen och höftbenskammen. I manualerna från Västerbotten och Jönköping preciseras att detta ska ske mot huden. Gränsvärden för bukfetma, och därmed förhöjd metabolisk risk, definieras enligt WHO. Män: normal <94 cm, kraftigt ökad risk >102, Kvinnor: normal <80 cm, kraftigt ökad risk >88 cm (13).

Midja-stusskvot är ett mått för att förutse risk för hjärtkärlsjukdom. Vid mätning av midja-stusskvot tas mått av stussen ovanpå kläder, på det tjockaste stället, varpå midjeomfånget divideras med stuss för midja-stusskvot. Gränsvärden definieras som: normalvärde <0,90 män och <0,85 kvinnor.

#### *Blodtryck*

Samtliga landsting har samma metodbeskrivning för blodtrycksmätning, blodtrycket mäts efter 5 minuters vila i sittande, med höger arm i jämnhöjd med hjärtat med passande manschettstorlek för armomfång. Medelvärdet av två mätningar används i Västerbotten, Västernorrland, Sörmland och Jönköping. Hypertoni klassificeras enligt WHO/ISH (14).

#### *Blodsocker*

Typ av glukostest varierar mellan landsting, fP-glukos (fastevärde) tas vid provtagning i Sörmland och Västernorrland, och P-glukos (icke fastande) tas därefter vid hälsosamtalet. Glukosbelastning utförs endast i de fall då något av dessa värden är över normalt eller under diabetesgräns (dvs. fP-glukos 6,1–6,9 mmol/L eller P-glukos 8,1–12,1 mmol/L (Hemocue)). I Västerbotten utförs först ett kapillärt fastevärde sedan utförs glukosbelastning på samtliga individer (undantag fP-glukos  $\geq 7,0$  mmol/L eller tidigare känd diabetes (Hemocue)). I Jönköping och Gävleborg tas endast P-glukos (icke fastande). I Gävleborg tas ett fastevärde om P-glukos är förhöjt (7,8–12,1 mmol/L). I Jönköping tas fastevärde om P-glukos är förhöjt ( $\geq 8,0$  mmol/L) eller om samtidig ärftlighet för diabetes föreligger och BMI  $\geq 28$  och/eller midja-stusskvot är över normalvärdet (kvinnor >0,83, män >0,95).

#### *Blodfetter*

I fyra landsting tas total kolesterol på samtliga deltagare (Jönköping, Sörmland, Västerbotten och Västernorrland). I Västerbotten, Västernorrland och Sörmland analyseras fullständigt lipidstatus på samtliga individer. Fullständig lipidstatus ingår

inte i basprogrammet i Jönköping och Gävleborg utan tas i efterhand i utvalda fall med förhöjd risk om andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom påträffas, och i Gävleborg även vid konstaterad ärftlighet. Samtliga landsting använder samma gränsvärden, S-kolesterol <5,0 mmol/L (total kolesterol) LDL <3,0 mmol/L, S-triglycerider < 1,7 mmol/L och HDL män > 1,0/kvinnor 1,3 mmol/L.

## Jämförbarhet mellan variabler i enkät och mätvärden

Tabell 3 visar jämförbarhet för de variabler som baseras på frågeformulär och tabell 4 visar jämförbarhet av mätvärden. Målgrupp och förfarande för inbjudan för olika landsting ingår eftersom dessa är bakgrundsfrågor som är viktiga att ta hänsyn till för att beskriva hälsa i olika grupper.

Tabell 3. Översikt av hälsoenkäters innehåll indelad efter ämnesområde, samt jämförbarhet mellan landsting av de olika frågeställningar som används.

Landsting	Allmänt hälsotillstånd	Ärftlighet hjärtkärl	Ärftlighet diabetes	Läkemedel	Civilstånd	Delad bostad	Utbildning	Ursprung	Sysselsättning	Långtidsjukskrivning	Stress	Sömn	Fysisk aktivitet	Stillasittande	Matvanor	Tobak	Alkohol	Arbete	Socialt stöd och nätverk	Hälsa och livskvalitet
Gävleborg	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X
Västernorrland	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			
Västerbotten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sörmland	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Jönköping	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X
Jämförbar	X							X												
Ej jämförbar				X		X	X			X	X	X		X	X			X	X	X
Delvis jämförbar		X			X				X				X			X	X			

Vissa frågor går att jämföra mellan vissa landsting, såsom frågor om fysisk aktivitet, alkohol, utbildning och mätvärden av midjemått, blodsocker och lipidstatus. Områden som i dagsläget inte är jämförbara är till exempel kost, stress, sömn, stillasittande, läkemedelsanvändning. I Västerbotten används data extensivt i forskning och bedömningen vilar på hälsosamtalet och inte på enkäten, exempelvis avseende matvanor där samtalet täcker samtliga punkter enligt Livsmedelsverkets rekommendationer samt energibalans och måltidsordning, således betydligt bredare än frågebatteriet enligt Socialstyrelsens indikatorfrågor.

Tabell 4. Översikt av hälsosamtalsprogram, ålder, inbjudan och pedagogisk modell samt grundutbud av biologiska mätningar för samtliga deltagare.

Landsting	Åldersgrupper	Brevinbjudan	Telefoninbjudan	BMI	Midjemått	Mirdja-stusskvot	Blodtryck	Blodsocker	Glukosbelastning	Lipidstatus	Stjärnprofil	Hälsokurva
Gävleborg	40	X		X	X		X	X			X	
Västernorrland	40, 50, 60	X		X	X		X	X		X	X	
Västerbotten	40, 50, 60	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Sörmland	40, 50, 60	X		X	X		X	X		X	X	
Jönköping	40, 50, 60, 70	X	X	X	X	X	X	X		X		X
Jämförbara				X	X		X					
Ej jämförbara						X		X	X			
Delvis jämförbara	X									X		

## Tillämpning av frågor och mätvärden i de pedagogiska visuella verktygen

### Tillämpning av enkätfrågor i stjärnprofil och hälsokurva

Stjärnprofilen och hälsokurvan är baserade på de frågor som ställs i enkäten. Enkätfrågor om matvanor baseras hos tre landsting på Socialstyrelsens kostindex. Jönköping har större enkätavsnitt kring kost, som blir underlag för hälsokurvan. I Västerbotten baseras bedömningen av matvanor helt på intervju vid hälsosamtalen och täcker Livsmedelsverkets rekommendationer i 9 punkter samt energibalans och måltidsordning vilket sammanfattas i stjärnprofilen. Se vidare tabell 19 i bilaga. Fysisk aktivitet bedöms olika i olika landsting när stjärnprofilen används, till exempel så ger <90 aktivitetsminuter/ vecka tom udd i Västerbotten, medan 30 aktivitetsminuter ger tom udd i Västernorrland. Västerbotten har infört stillasittande som en faktor i stjärnprofilen. Tobak definieras med viss variation.

Livssituation, ärftlighet, och psykisk ohälsa utgör viktiga utgångspunkter och beaktas i hälsosamtal som använder både stjärnprofil och hälsokurva som pedagogiskt verktyg. Hälsokurvan inkluderar livssituation och psykisk ohälsa, samt ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdom i det visuella verktyget. Frågan om livssituation bedöms utifrån flera frågor såsom sysselsättning, osäkerhet i arbetssituation, ekonomiska problem, och socialt stöd. Psykisk ohälsa poängsätts efter svar på två frågor där en behandlar upplevelse av stress och den andra mäter förekomst av olika symptom. Ärftlighet för diabetes uppges genom att ange hur många i den nära familjen som har sjukdomen och hjärt-kärlsjukdom mäts genom föräldrars insjuknade och ålder

Tabell 5. Beskrivning av de olika enkätfrågor och svarsalternativ som används i det pedagogiska verktyget vid hälsosamtalet.

Enkätfrågor	Västerbotten	Västernorrland	Gävleborg	Sörmland	Jönköping*
Självskattad hälsa	3 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	
	Hur tycker du att ditt hälsotillstånd varit det senaste året?	Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	I allmänhet, skulle du säga att din hälsa är:
	Full udd: Mycket gott eller ganska gott 1/2 udd: Någorlunda Tom udd: Tämligen dåligt eller dåligt	Full udd: Mycket gott eller ganska gott 1/2 udd: Någorlunda Tom udd: Tämligen dåligt eller dåligt	Full udd: Mycket bra eller ganska bra 1/2 udd: Någorlunda Tom udd: Dåligt eller mycket dåligt	Full udd: Mycket bra eller bra 1/2 udd: Någorlunda Tom udd: Dåligt eller mycket dåligt	Alternativ: Utmärkt, Mycket god, God, Någorlunda och Dåligt.
Matvanor	Sammanställs vid samtalt enligt livsmedelsverkets råd 4 nivåer	Socialstyrelsen kostindex 3 nivåer	Socialstyrelsen kostindex 3 nivåer	Socialstyrelsen kostindex 3 nivåer	Kostindex fett, fiber och totalt. 3 kolumner
	Full udd: 7 2/3 udd: 5-6 1/3 udd: 3-4 Tom udd: ≤2 Av 9 punkter baserade på SLV kostråd	Full udd: 9-12p 1/2 udd: 5-8p Tom udd: 0-4p	Full udd: 9-12p 1/2 udd: 5-8p Tom udd: 0-4p	Full udd: 9-12p 1/2 udd: 5-8p Tom udd: 0-4p	Total poäng 1: 3-5 2: 6-8 3: 9-11
Fysisk aktivitet	4 nivåer <sup>6</sup>	Socialstyrelsen 4 nivåer	Socialstyrelsen 4 nivåer	Socialstyrelsen 4 nivåer	4 kolumner kcal/vecka <sup>7</sup>
Aktivitet (aktivitetsminuter/vecka)	Kombinerar med stillasittande Full udd: ≥150 min 2/3 udd: ≥150 min 1/3 udd: 90-149 min Tom udd: <90 min	Full udd: ≥150 min Regelbunden FA 2/3 udd: 60-149 min 1/3 udd: 30-59 min Tom udd: <30 min Otillräcklig FA från 2/3	Full udd: ≥150 min 2/3 udd: 120-149 min 1/3 udd: 60-119 min Tom udd: <60 min	Full udd: ≥210 min Hög FA 2/3 udd: 150-209 min Tillräcklig FA 1/3 udd: 90-149 min Låg FA Tom udd: <90 min Mycket låg FA	1: >2000 2: 1000-2000 3: 500-999 4: <500
Stillasittande	Full udd: Mindre än 8h/dag på vardagar 2/3 udd: Mer än 8h/dag på vardagar 1/3 udd:				
Alkohol	3 nivåer AUDIT man/kvinna	3 nivåer AUDIT man/kvinna	3 nivåer indikatorfrågor man/kvinna	3 nivåer AUDIT man/kvinna	4 kolumner Glas/vecka man/kvinna
	Full udd: <8p/<6p 1/2 udd: 6-15p/6-13p Tom udd: ≥16p/≥14p	Full udd: <8p/<6p 1/2 udd: 6-15p/6-13p Tom udd: ≥16p/≥14p	Konsumtion/v: Full udd: <14glas/<9glas Tom udd: ≥14glas/≥9glas. Intensivkonsumtion ≥5glas/≥4glas. Full udd: aldrig eller mer sällan än 1ggr/månad  1/2 udd: Varje månad Tom udd: ≥Varje vecka	Full udd: <8p/<6p 1/2 udd: 6-15p/6-13p Tom udd: ≥16p/≥14p	1: ≤6/≤4 2: 7-13/5-8 3: 14-18/9-12 4: >18/>12
Tobak	3 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	4 kolumner
	Full udd: röker aldrig/snusar aldrig 1/2 udd: röker ibland/snusar Tom udd: daglig rökning	Full udd: röker aldrig/snusar aldrig 1/2 udd: röker ibland/snusar Tom udd: daglig rökning	Full udd: röker aldrig/snusar aldrig 1/2 udd: snusar (dagligen/inte dagligen) Tom udd: röker (dagligen/inte dagligen)	Full udd: röker aldrig/snusar aldrig 1/2 udd: röker ibland/snusar Tom udd: daglig rökning	1: 0 cig/ex-rökare 2: Snus dagligen 3: 1-9 cig/dag 4: >9cig/dag

### \*Hälsokurvan

<sup>6</sup> Oklart vilka frågor aktivitetsminuter baseras på, finns ej med i enkät.

<sup>7</sup> Baseras på separat enkät som endast besvaras i de fall då identifieringsfråga om motion i hälsoenkät behöver förtydligas (egentligen alt. 2 eller 3).

## Tillämpning av mätvärden

BMI och midjemått används i stjärnprofilen som mått för övervikt och fetma. I stjärnprofilen indelas BMI med två grupper inom kategorin övervikt. I hälsokurvan används BMI och midja-stusskvot. BMI avgränsas enligt andra gränser för normalvikt, måttlig övervikt och kraftig övervikt och fetma än gängse klassificering (WHO). Olika gränsvärden appliceras för blodtryck i de olika nivåerna i de pedagogiska verktygen. Mätning av blodsocker sker med olika metoder, både icke fastande (P-glukos) och fastande (fP-glukos), gränsvärden i de landsting som mäter f-P-glukos är jämförbara. Gränsvärden för S-kolesterol är väsentligen jämförbara.

Tabell 6. Beskrivning av gränsvärden för mätvärden som används i det pedagogiska verktyget.

Område	Västerbotten	Västernorrland	Gävleborg	Sörmland	Jönköping*
Vikt och övervikt	4 nivåer	4 nivåer	4 nivåer	4 nivåer	3 kolumner män/kvinnor
BMI	Full udd: <25 2/3 udd: 25-27,9 1/3 udd: 28-29,9 Tom udd: >30	Full udd: <25 2/3 udd: 25-27,9 1/3 udd: 28-29,9 Tom udd: >30	Full udd: <25 2/3 udd: 25-27,9 1/3 udd: 28-29,9 Tom udd: >30	Full udd: <25 2/3 udd: 25-27,9 1/3 udd: 28-29,9 Tom udd: >30	1: <27/< 29 2: 27-36,9 29-38,9 3: ≥37/≥39
Midjemått (cm)/ Midja-stusskvot	4 nivåer män/kvinnor	4 nivåer män/kvinnor	4 nivåer män/kvinnor	4 nivåer män/kvinnor	4 kolumner män/kvinnor
	Full udd: <94 /<80 2/3 udd: 94-97,9/80-83,9 1/3 udd: 98-102/84-88 Tom udd: >102/>88	Full udd: <94 /<80 2/3 udd: 94-97,9/80-83,9 1/3 udd: 98-102/84-88 Tom udd: >102/>88	Full udd: <94 /<80 2/3 udd: 94-97,9/80-83,9 1/3 udd: 98-102/84-88 Tom udd: >102/>88	Full udd: <94 /<80 2/3 udd: 94-97,9/80-83,9 1/3 udd: 98-102/84-88 Tom udd: >102/>88	1: <0,9/0,78 2: 0,90-0,94/0,78-0,82 3: 0,95-0,99/0,83-0,87 4: >1,00/>0,88
Blodtryck (mmHg)	4 nivåer systoliskt/ diastoliskt	4 nivåer systoliskt/ diastoliskt	3 nivåer systoliskt/ diastoliskt	4 nivåer systoliskt/ diastoliskt	4 kolumner systoliskt/ diastoliskt
	Full udd: <130/<85 2/3 udd: 130-139/85-89 1/3 udd: 140-159/90-99 Tom udd: ≥160/≥100	Full udd: <140/<90 2/3 udd: 140-159/90-99 1/3 udd: 160-179/100-109 Tom udd: ≥180/≥110	Full udd: ≤139/≤89 Halv udd: 140-159/90-99 Tom udd: ≥160/≥100	Full udd: <130/<85 2/3 udd: 130-139/85-89 1/3 udd: 140-159/90-99 Tom udd: ≥160/≥100	1: <140/<90 2: 140-169/90-104 3: 170-199/105-114 4: ≥200/≥115
Blodsocker (mmol/L)	4 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	3 nivåer	
P-glukos		Full udd: ≤8 Halv udd: 8,1-12,1 Tom udd: ≥12,2	Full udd: ≤7,7 Halv udd: 7,8-12,1 Tom udd: ≥12,2	Full udd: ≤8 Halv udd: 8,1-12,1 Tom udd: ≥12,2	
2h P-glukos <sup>8</sup>	Full udd: <8,9 2/3 udd: <8,9 1/3 udd: 8,9-12,1 Tom udd: ≥12,2				
fP-glukos	Full udd: ≤6,0 2/3 udd: 6,1-6,9 1/3 udd: <7,0 Tom udd: ≥7,0	Full udd: ≤6 Halv udd: <6 eller 6,1-6,9 om P<8 Tom udd: ≥7		Full udd: ≤6 Halv udd: <6 eller 6,1-6,9 om P<8 Tom udd: ≥7	
Blodfetter mmol/L	4 nivåer	4 nivåer		4 nivåer	4 kolumner man/kvinna
S-kolesterol*	Full udd: <5,0 2/3 udd: 5,0-6,49 1/3 udd: 6,5-7,4 Tom udd: ≥7,5	Full udd: <5,0 2/3 udd: 5,0-6,49 1/3 udd: 6,5-7,99 Tom udd: ≥8,0		Full udd: <5,0 2/3 udd: 5,0-6,49 1/3 udd: 6,5-7,99 Tom udd: ≥8,0	1: <5,0 2: 5,0-6,49/ 5,0-7,09 3: 6,5-9,0 /7,1-9,0 4: ≥9,0
Triglycerider	Full udd: <1,7 2/3 udd: 1,8-2,9 1/3 udd: 3,0-3,9 Tom udd: ≥4,0	Full udd: <1,7 2/3 udd: 1,8-2,9 1/3 udd: 3,0-3,9 Tom udd: ≥4,0		Full udd: <1,7 2/3 udd: 1,8-2,9 1/3 udd: 3,0-3,9 Tom udd: ≥4,0	

<sup>8</sup> Kombinerar faste- och 2h värde, 2/3 udd IFG (impaired fasting glucose) 1/3 udd i IGT (impaired glucose tolerance)

- Bedömning/kriterier och åtgärd baseras även på andra faktorer, främst förekomst av känd hjärtsjukdom eller diabetes och tidig hjärtinfarkt hos förstagsläkting

# Diskussion

## **Avgränsningar**

Den centrala och gemensamma kärnan i verksamheten med Riktade hälsosamtal är hälsosamtalen, som bygger på en kombination av patientcentrerad samtalsmetodik och ett strukturerat arbetssätt. Till stöd för samtalet besvaras en enkät, vissa mätningar görs och prover tas. Denna rapport omfattar ej granskning av metodik, syfte och ett flertal förutsättningar för genomförande av effektiva hälsosamtal. Rapporten begränsar sig till att granska variabler gällande deltagande, mätningar och enkätfrågor.

Rapporten tar inte hänsyn till hur variabler skulle kunna jämföras om mer avancerade statistiska undersökningar utfördes av källdata utan begränsas till jämförbarhet av deskriptiva data erhållna från landstingen. Rapporten gör ej heller antaganden om instrumentens konstruktion, validitet och reliabilitet och ger därför ingen vägledning till urval av frågealternativ. Syfte och bakgrund för enkätfrågor finns tidigare dokumenterat och publicerat för Västerbotten (Västerbottens Hälsoundersökningar) och Jönköping (Habo hälsokurva).

## **Jämförbarhet av mätvärden**

Det finns goda möjligheter att göra jämförelser mellan landstingen avseende viktiga parametrar t ex självskattad hälsa, BMI, blodtryck, daglig rökning. Även om lipidstatus inte är jämförbart i alla delar, kan total kolesterol jämföras mellan alla, undantagandes Gävleborg

Uppmätt blodtryck ökar med ålder. En större andel av männen har förhöjt blodtryck jämfört med kvinnorna och i Västerbotten tycks en lägre andel ha förhöjt blodtryck jämfört med övriga landsting både med avseende på ålder och på kön. Genom att selektera mellan behandlade respektive icke behandlade vid högt respektive normalt uppmätt blodtryck skulle analysen av data kunna fördjupas ytterligare.

Deltagarfrekvenserna var likartade i de flesta landstingen, i Västerbotten där de riktade hälsosamtalen är väletablerade var deltagandet högre. En liten ökning i deltagande sågs även med stigande åldersgrupp. Samtliga landsting hade under 2014 god täckning för de olika måtten som användes i beskrivning av hälsoläget, med ett internt bortfall som maximalt var åtta procent.

## **Jämförbarhet av enkätfrågor**

Många aspekter av enkätfrågorna påverkar jämförbarheten av data, bland annat efterfrågad tidsperiod, formulering av frågeställningar, utformning av svarsalternativ och skalsteg. Detta går till viss del att justera för med poolade analyser med noggrann metodbeskrivning. I flera fall anges olika tidsperioder i frågeställningar vilket minskar möjlighet till jämförelse. Olika tidsperiod förekommer till exempel i frågor om läkemedelsanvändning och stillasittande, där ett normalt dygn och de senaste sju dagarna används. Emellertid kan detta i flera fall lösas genom att flera alternativ slås samman till färre som då överensstämmer med alternativ i andra landsting

Frågeställningar är i flera fall olika, och även i de fall då frågeställningarna är lika förekommer ofta nyanser som gör att frågan kan tolkas olika, vilket därmed ökar risken för skevhet i data. Ett exempel är frågor om utbildning där genomförd utbildning uttrycks som "avslutad skolgång" och "slutförd utbildning". I SCBs utbildningsregister, indelas utbildning efter längd, förgymnasial (grundskola eller folkskola)/Gymnasial



(<3år eller ≥3år)/Eftergymnasial (<3år eller ≥3 år) (SCB). Jämförbarhet av utbildning är möjlig om registerdata används istället. Dock finns andra områden där registerdata inte finns tillgänglig, såsom levnadsvanor, exempelvis mat och fysisk aktivitet. Här ger de olika frågeställningar som används svar på olika frågor och jämförelser kan sannolikt inte genomföras.

Flera olikheter mellan svarsalternativ på liknande frågor begränsar möjligheter till jämförelser, dels med kategorier som inte överensstämmer och är svåra att slå ihop men även med den olikhet i fördelning som sker med varierande skalsteg (15) Det är dock möjligt att för flera av frågorna harmonisera svarsalternativen, i likhet med vad som sker i studier med flera ingående kohorter där enkätfrågorna har viss variation i utformningen. Dock är exakt överensstämmelse inte eftersträvad, snarare kan variationer i viss mån belysa frågor ur lite olika perspektiv och ge utrymme för utveckling och anpassning till lokala förhållanden.

Vi vet att det är stor skillnad i hälsa mellan de som har arbete och de som står utanför arbetsmarknaden. I Folkhälsomyndighetens enkät "Hälsa på lika villkor" grupperas tjänstlediga/föräldralediga, egna företagare och anställda >75 procent som sysselsatta, medan arbetslöshet, arbetsmarknadsåtgärd och långtidssjukskrivning grupperas med sjuk-/aktivitetsersättning som ej sysselsatta (16). Detta är en gruppering som kan vara användbar för att jämföra sysselsättning mellan landstingen. Med de enkäter som används i dagsläget leder omgrupperingar/sammanslagningar av kategorier till felaktigheter som beror på antal svarsalternativ tillsammans med alternativet "annat" t.ex. finns tjänstledighet som alternativ i en enkät men inte i en annan, svaret kan då bli "annat" eller "fast anställd" beroende på tolkning. Även sysselsättning är dock en variabel som kan hämtas från registerdata. I denna jämförelse hade vi inte tillgång till dessa.

Generellt när det gäller levnadsvanor är jämförbarheten mellan de frågor som används i hälsoenkäterna låg. En av frågorna gällande alkohol går att jämföra mellan fyra landsting och tre använder sig av AUDIT. I fråga om alkoholbruk skiljer sig känsligheten för att fånga riskkonsumtion åt mellan de frågor och instrument som används. Tobaksanvändning kan till viss del jämföras, förutsatt att justeringar och antaganden beskrivs.

Skillnader i skalsteg ger risk för skillnad i fördelningen av svar, till exempel i fråga om hälsotillstånd där fem skalsteg kan ge en unimodal fördelning med skevhet mot gott hälsotillstånd medan en sjugradig skala kan bidra till en bimodal fördelning där en topp även förekommer bland de som ej mår bra (15).

### **Hälsosamtal och de pedagogiska verktygen**

Hälsobudskapet som det kommer till uttryck i hälsosamtal och i de pedagogiska verktygen är i huvudsak överensstämmande. Gemensamt är också användning av Motiverande samtal i pedagogiken. Detta har inte närmare diskuterats i denna rapport. I de pedagogiska verktygen används delvis något olika gränsvärden eftersom till exempel mätinstrumenten för blodsockerstörningar, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion inte är helt identiska, samt för nivåer under diagnostiska värden avseende blodtryck. Detta medför att deltagare i viss mån får olika information i olika landsting.

När det gäller riskbedömningar för eventuell medicinsk behandling som patient är det dock i alla landsting en sammanvägd individuell medicinsk bedömning som görs av behandlande läkare.

## **Deltagarfrekvens och hälsoläge**

Möjligheten att jämföra landsting gällande deltagare/icke-deltagare i riktade hälsosamtal skulle öka med samordnade rutiner för datainsamling och datahantering. För att uppnå detta skulle samtliga variabler behöver definieras och beskrivas noggrant, liksom rutiner för insamlingen och bearbetningen.

I en fortsatt diskussion får värdet av långtgående jämförbarhet vägas mot funktionen att enkät- och mätdata primärt är underlag för hälsosamtalen. I vissa fall är det viktigt med longitudinella data eller följa tidstrender över längre tid. Inom det nationella enkätarbetet med Hälsa på lika villkor bedriver Folkhälsomyndigheten en kontinuerlig värdering av enkätfrågor. Ett motsvarande samordnat arbete för samtliga variabler inom landstingens/regionernas arbete med Riktade hälsosamtal är förmodligen ej motiverat med tanke på verksamhetens primära fokus och lokala förutsättningar.

## **Begränsningar**

Den centrala och gemensamma kärnan i verksamheten med Riktade hälsosamtal är hälsosamtalen, som bygger på en kombination av patientcentrerad samtalsmetodik och ett strukturerat arbetssätt. Till stöd för samtalen besvaras en enkät, vissa mätningar görs och prover tas. Denna rapport omfattar ej granskning av metodik, syfte och ett flertal förutsättningar för genomförande av effektiva hälsosamtal. Rapporten begränsar sig till att granska variabler gällande deltagande, mätningar och enkätfrågor.

Rapporten tar inte hänsyn till hur variabler skulle kunna jämföras om mer avancerade statistiska undersökningar utfördes av källdata utan begränsas till jämförbarhet av deskriptiva data erhållna från landstingen. Rapporten gör inga antaganden om instrumentens konstruktion, validitet och reliabilitet och ger därför ingen vägledning till urval av frågealternativ. Rapporten analyserar ej heller sammanvändbarhet med övrig hälsodata inom de enskilda landstingen, eller hur jämförelser över tid skulle påverkas om frågebatteriet i hälsoenkäter byttes ut.

## **Frågan om jämförbarhet i framtiden?**

En viktig fråga är betydelsen av ökad jämförbarhet av hälsodata och rutiner mellan landsting i framtiden. Det primära syftet med Riktade hälsosamtal är att stödja valda målgrupper i befolkningen till att bevara och/eller förbättra sin hälsa, där hälsosamtalen med stöd av ett pedagogiskt visuellt verktyg står i fokus och utförs som en integrerad del av primärvården. Till stöd för hälsosamtalen finns en hälsoenkät och provtagningar. Väsentligt är även långsiktighet och kontinuerlig uppdatering av programmet i enlighet med aktuell medicinsk evidens, samt strukturerat stöd och utbildning av utförarna

Det finns ett kompletterande värde i att kunna använda hälsodata för jämförelser mellan landsting. Samtidigt kan det finnas viktiga motiv för de lokala arbetssätt som varje landsting har utformat, såsom jämförelser inom egna befolkningen över tid (bl a för forskningsbehov), tidpunkt för implementering av Riktade hälsosamtal och vid den tidpunkten tillgängliga enkätverktyg (såsom indikatorer i anslutning till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder år 2011) (17) och varierande prioriteringar för provtagningar, såsom exempelvis nedsatt glukostolerans.

Sammanställningens syfte var att stimulera lärande mellan medlemsorganisationer (landsting) i frågor om deltagande, information om hälsoläget samt att jämföra likartade data och studera variation i samtalsunderlag. På så sätt skulle tilläggsinformation kunna genereras, utöver det primära syftet och värdet för deltagande individer.

Den här rapporten visar att det inom ett antal faktorer är möjligt att jämföra en del hälsodata.

De svenska programmen karaktäriseras av gemensamma beståndsdelar:

- Drivs integrerat i primärvården
- Befolkningsbaserade med hälsofrämjande lågriskstrategi kombinerade med förebyggande högriskstrategi
- Samtliga i målgruppen erbjuds att delta
- En individanpassad dialog-/hälsosamtal mellan deltagare och utförare genomförs med tillämpning av metodiken motiverande samtal
- Ett visuellt pedagogisk hjälpmedel används till stöd för samtalet
- Ett samordnat kompetens- och metodstöd för att kvalitetssäkra och utveckla arbetet finns

Det kan konstateras att även inom dessa program finns variationer, vilket kan vara en styrka för utvecklingsarbetet. Genom att synliggöra likheter och variationer kan ett ökat lärande förhoppningsvis stimuleras.

Inom HFS-nätverket finns goda erfarenheter av systematiskt kollegialt lärande för olika fokusområden. Föreliggande sammanställning beskriver väl resultat av jämförbara hälsodata, likheter i de samtalsunderlag som används och likaså de variationer som finns. Detta sammantaget bör utgöra en god grund för fortsatt lärande, och kanske i formen av kollegialt lärande. I sådana processer skulle både viktiga likheter och motiverade variationer kunna prövas och tydliggöras.

### **Jämförbarhet sammanfattning**

Utfall av olika datakällor kan användas för att presentera och jämföra hälsoläge i olika landsting. Det förutsätter att källdata används och att definitioner och antagande beskrivs utförligt i metoden.

Jämförbarhet av vissa viktiga parametrar finns, dessa var huvudsakligen:

- Deltagarfrekvens
- Likheter gällande verksamhet
- Undersökningspopulation
- Vissa viktiga mätvärden: BMI, daglig rökning, självskattad hälsa, blodtrycksnivåer, självrapporterad diabetes

Begränsad jämförbarhet mellan deskriptiva data finns t.ex avseende:

- Olika frågeformuleringar
- Olika skalor/kategorier för svarsalternativen, vilket dock kan hanteras genom sammanslagning av fler till färre kategorier
- Begränsning för vissa delar av populationen (ålder)

## Slutsats

Generellt använder sig landstingen/regionerna av samma sjukdomsindikatorer för hjärt-kärlsjukdom och tillämpar samma syn på genomförande av hälsosamtalen på basen av patientcentrerad samtalsmetodik och ett strukturerat arbetssätt med stöd av visuellt pedagogiskt verktyg. Frågeställningar och mätmetoder skiljer sig till viss del åt. Flera viktiga hälsoparametrar kan jämföras, även om det i flera avseenden är svårt att göra direkta jämförelser av hälsotillstånd bland deltagarna i de olika landstingen. Skillnader mellan programmen kan stimulera till erfarenhetsutbyte och kollegialt lärande samt bidra till att utveckla och förbättra hälsosamtalen ytterligare.

# Referenser

1. HFS. Om HFS-nätverket - för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. © 2014 Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS); 2015; Available from: <http://www.hfsnatverket.se/sv/om-oss/>.
2. Journath G, Hammar N, Elofsson S, Linnarsjö A, Vikström M, Walldius G, et al. Time Trends in Incidence and Mortality of Acute Myocardial Infarction, and All-Cause Mortality following a Cardiovascular Prevention Program in Sweden. *PLoS ONE* 2015;10(11): e0140201. doi:10.1371/journal.pone.0140201
3. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, Nyström L, Lönnberg G, Boman K et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open* 2015;5:e009651. doi:10.1136/bmjopen-2015009651.
4. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002 Mar;20(1):28-32.
5. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, Bengtsson C, Lissner L. Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. *Prev Med*. 2009 Jan;48(1):20-4. Epub 2008 Nov 1.
6. Hatt GV, H. Birger, F. Bastholm-Rahmner, P. Hälsoundersökningar/Hälsosamtal - En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter 2014. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, Utvecklingsavdelningen; 2015.
7. Persson L-G, Lingfors H, Nilsson M, Mölstad S. Lifestyle, Biological Risk Markers, Morbidity and Mortality in a Cohort of Men 33 - 42 Years Old at Baseline, after 24-Year Follow-Up of a Primary Health Care Intervention. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2015;5(3):92-102
8. Persson L-G, Lingfors H, Nilsson M, Mölstad S. The possibility of lifestyle and biological risk markers to predict morbidity and mortality in a cohort of young men after 26 years follow-up. *BMJ Open*. 2015;5(5):e006798.
9. Norberg M, Wall S, Boman K, Weinehall L. The Vasterbotten Intervention Programme: background, design and implications. *Global health action*. 2010;3. Epub 2010/03/27.
10. Persson LG, Lindström K, Lingfors H, Bengtsson C, Lissner L. Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Jul;52(7):425-32.
11. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of epidemiology and community health*. 2001;55(11):836-40. Epub 2001/10/18.

12. WHO. BMI classification Available from:  
[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).
13. WHO. WHO waist circumference and waist-hip ratio report of a WHO consultation, Geneva, 8–11 December 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
14. WHO. Clinical guidelines for the management of hypertension. Cairo, Egypt: World Health Organization, 2005.
15. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. 4 ed. New York: Oxford University Press; 2008.
16. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. 2014.
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Socialstyrelsen, 2011.

# Bilaga

## Jämförbarhet av frågor i hälsoenkäter

Nedan presenteras jämförbarhet mellan olika självskattade värden i hälsoenkäterna. I Jönköping används förutom enkäten som används vid hälsosamtalen en enkät för befolkningsdata som inte används i själva samtalet men som kan användas för jämförelser mellan landsting. Dessa frågor anges som ”extra enkät”.

### Civilstånd och boendesituation

Frågor om civilstånd förekommer i Västernorrland, och i Västerbottens enkäter med fem svarsalternativ ”Ogift/ Gift eller sambo/ Änka eller änklings/ Frånskild eller Separerad/ Omgift”. Jönköping efterfrågar endast om personer är gift eller sambo. Frågor om delad bostad finns i hälsoenkäter i Västerbotten, Sörmland och i extra enkäten i Jönköping, dock med olika svarsalternativ (åtta respektive fem kategorier). I Gävleborg efterfrågas hur många man sammanbor med, och hur många av dessa som är under 18 år.

#### Kommentar om jämförbarhet:

Civilstånd är delvis jämförbart. Möjlighet finns att jämföra kategorin Gift/sambo.

Boendesituation är ej jämförbart. I de tre landsting som efterfrågar boendesituation kan svarsalternativen delas in i följande kategorier: bor med barn, bor ensam eller bor med annan. Det finns risk för skevhet i data som beror på frågans olika svarsalternativ.

### Utbildning

Samtliga landsting efterfrågar högsta avslutade skolgång eller utbildningsnivå (tabell 3). Avslutad skolgång och avslutad utbildning kan tolkas på olika sätt. Det finns ingen definition avseende längd på eftergymnasial utbildning i Gävleborgs och Västerbottens alternativ till skillnad från i övriga landsting. Antal svarsalternativ varierar mellan tre och nio.

#### Kommentar om jämförbarhet:

Utbildning är jämförbart med reservation. Både frågeformulering och svarsalternativ skiljer sig åt. Samtliga svarsalternativ kan slås samman och bilda kategorier enligt Gävleborg, alternativt till två nivåer Högst gymnasieskola resp Eftergymnasial utbildning.

Tabell 7. Beskrivning av frågor och svarsalternativ använda för utbildning i hälsoenkäter

Frågor om utbildning	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b>	
Vilken är den högsta avslutade skolgången du genomgått?	3 alternativ Grundskola/ Gymnasieskola/ Eftergymnasial utbildning (t ex. högskola)
<b>Västernorrland</b>	

Vilken är den högsta utbildningsnivå som Du har avslutat?	6 alternativ Grundskola/ Yrkesutbildning (2år)/ 2-årigt teoretiskt gymnasium/ 3-4 årigt teoretiskt gymnasium/ Högskola- eller universitetsexamen <3år/ Högskola- eller universitetsexamen >3år
---	--

### Västerbotten

9 alternativ  
Folkskola/ 9-årig grundskola/ Folkhögskola motsvarande grundskola/ Realskola/ Flickskola/ Yrkesskola, fackskola/  
Folkhögskola motsvarande gymnasium/ Gymnasieskola/  
Akademisk utbildning, högskola

### Jönköping

4 alternativ  
Grundskola eller fackskola/ 2-årigt gymnasium, fack-, yrkes-, flick-, real- eller folkhögskola/ 3-4 årigt gymnasium/  
Högskola, universitet

### Sörmland

Vilken är din högsta slutförda utbildning/examen?	4 alternativ Grundskola eller fackskola/ 2-årigt gymnasium, fack-, yrkes-, flick-, realskola/ 3 el. 4-årigt gymnasium/ Högskola eller universitet
---	--

## Sysselsättning

Det finns en stor variation i svarsalternativen när det gäller frågor om sysselsättning (tabell 8) och det är därför svårt att jämföra svaren eller justera för detta..

Svarsalternativen varierar mellan fem och nio stycken och sammanslagning av kategorierna blir komplicerat. Anställd, egen företagare och arbetslös finns som svarsalternativ i samtliga enkäter. Eventuellt kan alternativ som ej överensstämmer kategoriseras som en kategori ”annat”, men detta betyder att mycket information förloras.

Tabell 9 visar andelen personer med olika sysselsättningar som deltog i hälsosamtal under 2014 i Västernorrland, Gävleborg och Sörmland. Tabellen visar även vilka alternativ som ej används i respektive landsting (vita boxar), och visar även Jönköpings alternativ. Dessutom visas ett förslag till kategorisering enligt Hälsa på lika villkor (9).

### Kommentar om jämförbarhet:

Sysselsättning är delvis jämförbart. Västerbotten och Västernorrlands landsting är fullt jämförbara. Frågor om sysselsättning ställs olika och olika svarsalternativ anges. Jämförbarhet av de flesta sysselsättningsalternativen är inte möjligt på grund av den stora variationen i svarsalternativ som bidrar till en komplex fördelning av svar.



Alternativ: Frågan om sysselsättning skulle i alla landsting kunna reduceras till två alternativ Anställd/egen företagare (dvs verksam på arbetsmarknaden) resp ej på arbetsmarknaden

Tabell 8. Enkätfrågor om sysselsättning

Frågor om Sysselsättning	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b>	
Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?	7 alternativ Anställd/ Egen företagare/ Tjänstledig eller föräldraledig/ Studerar/ Arbetslös/ Sjukskriven/ Annat
<b>Västernorrland och Västerbotten</b>	
Vilken typ av anställning har du för närvarande?	8 alternativ Fast anställning/ Tillfällig anställning/ Arbetar i hemmet/ Arbetslös/ Studerande/ Egenföretagare/ Förtids-sjukpensionär helpension/ Förtids-sjukpensionär delpension
<b>Sörmland</b>	
Vilken är din huvudsakliga sysselsättning för närvarande?	9 alternativ Fast anställning, tillsvidareanställning/ Tillfällig anställning/ Egen företagare/ Hemarbetande, sköter hushållet/ Arbetslös, arbetsmarknadspolitisk åtgärd/ Studerade/ Sjukskriven/ Sjuk- eller aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)/ Annat, nämligen:
<b>Jönköping</b>	
Vad är din sysselsättning?	5 alternativ Anställd (% av heltid)/ Egen företagare/ Pensionär eller sjukpension/ Arbetslös/ Annat:

Tabell 9. Beskrivning av svarsalternativ i olika enkäter och vilka alternativ som saknas i respektive landsting (vita boxar).

Sysselsättning	Västernorrland/ Västerbotten %	Gävleborg %	Sörmland %	Jönköping %	Kategorisering
(Fast) Anställd	74	74	72		Sysselsatt
Tillfällig anställning	5		3		Sysselsatt
Egen företagare	9	9	9		Sysselsatt
Tjänst- eller föräldraledig		2			Sysselsatt
Arbetslös eller arbetsmarknadsåtgärd	5	6	5		Ej sysselsatt
Sjukskriven $\geq 3$ månader		2	2		Ej sysselsatt

Sjuk-, aktivitetsersättning (förtids-/ sjukpension)			4		Ej sysselsatt
Förtidspension heltid	4				Ej sysselsatt
Förtidspension deltid	1				Ej sysselsatt om över 25%
Studerar	1	5	2		
Hemarbetande	1		1		
Annat		2	2		
Totalt n	4693	1750	5391		

### Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom och diabetes

Frågor om hjärt-kärlsjukdom i familjen återfinns i samtliga hälsoenkäter. Tabell 6 visar de olika frågealternativen som används. På grund av att olika sjukdomstillstånd inkluderas i frågeställningen kan utfallet inte jämföras. Därtill finns skillnader i frågeställning gällande ålder för insjuknade. I Jönköpings enkät frågar man om specifik ålder vilket kan översättas till före 60 år. Tabell 11 visar en jämförelse av utfall för tre olika frågeställningar som används i Västernorrland, Sörmland och Gävleborg. Skillnaden i prevalens av hjärt-kärlsjukdom kan sannolikt härledas till hur många sjukdomstillstånd som efterfrågas, till exempel om frågan inkluderar hjärtinfarkt eller både hjärtinfarkt och stroke och inte reella skillnader i hjärtkärlsjukdom mellan landsting.

*Kommentar om jämförbarhet:*

Ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom är ej jämförbart på grund av olika frågor.

Tabell 10. Enkätfrågor om ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom.

Frågor Hjärt-kärlsjukdom	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b>	
Har någon av dina föräldrar eller syskon före 60 års ålder drabbats av <i>kärlkramp, hjärtinfarkt</i> eller <i>stroke</i> ?	3 alternativ Ja/ Nej/ Vet ej
<b>Västerbotten, Västernorrland</b>	
Har någon av dina föräldrar eller syskon före 60 års ålder drabbats av <i>hjärtinfarkt</i> , eller <i>hjärnblödning/propp</i> i hjärnan?	3 alternativ Ja/ Nej/ Vet ej
<b>Sörmland</b>	
Har någon av dina föräldrar eller syskon drabbats av <i>hjärtinfarkt</i> före 60 års ålder?	3 alternativ Ja/ Nej/ Vet ej
<b>Jönköping</b>	

Har någon av dina föräldrar haft <i>hjärtinfarkt</i> (propp i hjärtat)? Far/ Mor	3 alternativ Nej/ Vet ej/ Ja: <i>ålder</i>
Har någon av dina föräldrar haft <i>stroke</i> (propp i hjärnan eller hjärnblödning)? Far/ Mor	3 alternativ Nej/ Vet ej/ Ja: <i>ålder</i>

Tabell 11. Utfall för de olika frågeställningarna om ärftlighet av hjärt-kärlsjukdom som används i landstingen (se frågeställningar tabell 10).

Hjärt-kärlsjukdom	Ja n (%)	Nej n (%)	Vet ej n (%)	Totalt n
Västernorrland	911 (19)	3525 (75)	248 (5)	4684
Sörmland	773 (14)	4352 (81)	265 (5)	5390
Gävleborg	337 (19)	1336 (77)	73 (4)	1746

Samtliga landsting efterfrågar ärftlighet för diabetes, tabell 12. I Jönköping används inte svarsalternativet ”vet ej”, ett alternativ som angetts av cirka fyra procent av deltagare i Sörmland, Gävleborg och Västernorrland. Även fråga om konstaterad diabetes används i samtliga landsting. Tre landsting inkluderar även en fråga om graviditetsdiabetes.

#### *Kommentar om jämförbarhet:*

Ärftlighet för diabetes, delvis jämförbar. I fyra av fem landsting är frågan direkt jämförbar.

Konstaterad diabetes, jämförbar. Endast en liten skillnad i frågeställning.

Graviditetsdiabetes är direkt jämförbar för de tre landsting som ställer frågan.

Tabell 12. Enkätfrågor om ärftlighet och insjuknande i diabetes.

<b>Ärftlighet diabetes</b>	
<b>Gävleborg, Västernorrland, Västerbotten, Sörmland</b>	<b>Svarsalternativ</b>
Förekommer diabetes hos någon av dina föräldrar eller syskon?	3 alternativ Ja/ Nej/ Vet ej
<b>Jönköping</b>	
Hur många i din närmaste familj ( <i>föräldrar/syskon</i> ) har haft eller har diabetes?	3 alternativ Ingen/ En/2 eller fler
<b>Konstaterad diabetes</b>	
<b>Gävleborg, Västernorrland, Västerbotten, Sörmland</b>	
Har du diabetes?	2 alternativ Ja/ Nej
<b>Jönköping</b>	
Har någon läkare konstaterat att du har diabetes?	2 alternativ Ja/ Nej
<b>Västernorrland, Västerbotten, Sörmland</b>	

Har du haft graviditetsdiabetes?

2 alternativ  
Ja/ Nej

## Allmänt hälsotillstånd

Frågan om allmänt hälsotillstånd ställs likadant i samtliga landsting, tabell 13. Västerbotten har två frågor om detta, varav en ingår i verktyget RAND 36, vilken motsvarar frågeställningen i övriga landsting. Den andra frågan om allmänt hälsotillstånd i Västerbottens enkät är ”Hur tycker du att ditt hälsotillstånd varit det senaste året?” och denna har även andra svarsalternativ.

### Kommentar om jämförbarhet:

Allmänt hälsotillstånd är fullt jämförbar. Både frågor och svarsalternativ överensstämmer, under förutsättning att Västerbotten använder data tillhörande fråga så som den ställs i RAND 36.

Tabell 13. Fråga om allmänt hälsotillstånd, använd i samtliga fem landsting.

Samtliga landsting	Svarsalternativ
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	5 alternativ Mycket bra/ Bra/ Någorlunda/ Dåligt/ Mycket dåligt

## Stress och sömn

Begreppen stress och sömn har inte några entydiga accepterade definitioner. Det är därför inte förvånande att landstingen använder olika frågor för att mäta stress och sömn. I tabell 14 visas exempel på ett par av de frågor som används i nuläget.

I Västerbotten används instrument om arbetsrelaterad stress enligt Karaseks krav/kontroll modell (4). Andra landsting ställer enskilda frågor om upplevd stress.

Frågor om sömn ställs i samtliga enkäter men skiljer sig alltför mycket för att det ska vara göra jämförelser av sömnkvalitet.

### Kommentar om jämförbarhet:

Stress är ej jämförbart. Frågor, skalor, tidsperioder och definitioner varierar.

Sömn är ej jämförbart. Frågor, tidsperiod och svarsalternativ varierar.

Tabell 14. Enkätfrågor om stress.

Frågor om stress	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b> Hur ofta upplever du perioder av stress? <i>Med stress menas ett tillstånd när man känner sig t.ex. spänd, orolig, ångestfylld, okoncentrerad eller har svårighet med sömnen.</i>	5 alternativ Mycket ofta/ Ofta/ Ibland/ Sällan/ Aldrig
<b>Västernorrland</b> Upplever du dig stressad?	3 alternativ Nej/ Ja, lätta besvär/ Ja, svåra besvär
<b>Sörmland</b> Vilken nivå av stress (spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad) har du upplevt under den senaste månaden?	VAS 1 låg stressnivå- 10 maximal stressnivå

Hur ofta känner du dig stressad?	<i>5 alternativ</i> Mycket ofta, i stort sett hela tiden/ Ofta, nästan dagligen/ Då och då, någon gång i veckan/ Sällan/ Aldrig
<b>Jönköping</b>	
Markera på denna linje vilken grad av stress (t.ex. jäkt, högt tempo, psykisk press) du upplevt under det senaste året. Markering längst till höger innebär maximal stress, till vänster ingen stress.	5 cm skala (mm) Inte alls - Max

## Tobak

Samtliga landsting ställer frågor om bruk av cigaretter och snus. Frågorna som används i Gävleborg och Jönköping gällande tobaksanvändning överensstämmer med indikatorfrågorna i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (10) medan Västernorrlands frågor även återfinns i Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (9).

I tabell 15 visas de frågor som ställs om rökvanor. Frågeställning och svarsalternativ varierar, men samtliga landsting efterfrågar dagligrökning. Prevalensen av dagligrökare kan därför tas fram från samtliga frågeställningar. Västerbotten, Sörmland och Jönköping efterfrågar även antal cigaretter, svarsalternativen förekommer som kategorier, vilka skiljer sig åt mellan enkäterna, eller som antal cigaretter per dag. Även andra frågor såsom motivation till att sluta röka, ålder för rökstart eller rökstopp, samt frågor om användning av läkemedel för rökstopp förekommer.

*Kommentar om jämförbarhet:*

Rökning är ej jämförbart. Både frågor och svarsalternativ varierar och därför finns risk för felkällor. Samtliga landsting frågar dock om dagligrökning. Även om frågorna inte är formulerade exakt likadant är frågan om dagligrökning jämförbar.

Tabell 15. Enkätfrågor om rökning.

Frågor om rökning	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b>	
Röker du?	<i>5 alternativ</i> Jag har aldrig varit rökare/ Har slutat för mer än 6 månader sedan/ Har slutat för mindre än 6 månader sedan/ Jag röker, men ej dagligen/ Jag röker dagligen
<b>Västernorrland</b>	
Röker du dagligen?	<i>2 alternativ</i> Ja/ Nej
Händer det att du röker någon gång då och då?	<i>2 alternativ</i> Ja/ Nej
<b>Västerbotten</b>	
Röker du för närvarande?	<i>7 alternativ</i> Nej, jag har aldrig rökt/ Ja, jag röker cigaretter → antal cigaretter per dag/ Ja, jag röker cigarrer/ Ja, jag röker pipa/ Ja, jag röker då och då (ej dagligen) → Hur ofta/ Inte nu, men jag rökte tidigare regelbundet/ Inte nu, men jag rökte tidigare då och då
Hur ofta röker du?	<i>5 alternativ</i> Mindre än en dag per månad/ 1-3 dagar per månad/ Vanligtvis en dag per vecka/ Vanligtvis 2-4 dagar per vecka/ Nästan varje dag

<b>Sörmland</b>	
Kryssa för det/de påståenden som stämmer bäst på dig.	<i>4 alternativ</i> Jag röker dagligen/ Jag snusar dagligen/ Jag röker eller snusar vid enstaka tillfällen/ Jag varken röker eller snusar
<b>Jönköping</b>	
Mina rökvanor	<i>5 alternativ</i> Jag har aldrig varit rökare/ Jag har slutat röka för mer än 6 månader sen/ Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sen/ Jag röker men inte dagligen/ Jag röker dagligen; Antal: cigaretter per dag/cigarrer per dag/paket piptobak per vecka

Även för snus går det att jämföra svarsalternativ enligt daglig användning av snus för fyra av fem landsting, tabell 16. I Västerbotten efterfrågas istället antal dosor per vecka.

Endast Västerbotten efterfrågar antal år man snusat och om rökning bytts ut mot snus.

*Kommentar om jämförbarhet:*

Snus är ej jämförbart. Fyra av fem landsting kan använda utfallet, daglig användning av snus, men frågorna ställs olika. Men samtliga landsting kan redovisa resultaten som Snusar alternativt snusar ej.

Tabell 16. Enkätfrågor om snusvanor.

<b>Snus</b>	
<b>Gävleborg</b>	
Snusar du?	<i>5 alternativ</i> Jag har aldrig varit snusare/ Jag har slutat för mer än 6 månader sedan/ Jag har slutat för mindre än 6 månader sedan/ Jag snusar, men ej dagligen/ Jag snusar dagligen
<b>Västernorrland</b>	
Snusar du dagligen?	<i>2 alternativ</i> Ja/ Nej
Händer det att du snusar någon gång då och då?	<i>2 alternativ</i> Ja/ Nej
<b>Västerbotten</b>	
Har du någonsin använt snus?	<i>6 alternativ</i> Nej/ Ja, jag brukade gör det tidigare men inte nu längre/ Ja, jag snusar mindre än 2 dosor per vecka/ Ja, jag snusar 2-4 dosor vecka/ Ja, jag snusar mer än 4 men mindre än 7 dosor vecka/ Ja, jag snusar mer än 7 dosor vecka
<b>Sörmland</b>	
Om du snusar dagligen, hur mycket snusar du då?	<i>3 alternativ</i> 1-3 dosor per vecka/ 4-6 dosor per vecka/ 7 dosor eller fler per vecka
<b>Jönköping</b>	
Mina snusvanor	<i>5 alternativ</i> Jag har aldrig/ Har slutat för mer än 6 mån/ Har slutat för mindre än 6 mån/ jag snusar, men ej dagligen/ Jag snusar dagligen; antal dosor per vecka

## Fysisk aktivitet

Tre av fem landsting redovisar fysisk aktivitet i form av ”aktivitetsminuter per dag”, liknande Socialstyrelsens indikatorfråga (tabell 17) (10). Fysisk aktivitet kan utifrån frågeställningen indelas i aktivitetsminuter per vecka. Aktivitetsminuter kan jämföras enligt rekommenderade nivåer för fysisk aktivitet (<150min/vecka eller ≥150min/vecka) eller som kontinuerlig variabel.

De övriga frågorna ger olika utfall som inte är jämförbara. En skillnad i frågorna är att perioden specificeras i vissa frågor, exempelvis de senaste 12 månaderna, medan andra inte anger någon specifik tid.

Västerbotten och Jönköping har även frågor om aktiv transport och i Gävleborg frågar man enbart om vilja till förändring (ej i tabell).

*Kommentar om jämförbarhet:*

Fysisk aktivitet är delvis jämförbart. Fyra av fem landsting kan jämföra utfall i aktivitetsminuter per vecka, även om frågan om vardagsaktivitet skiljer sig något åt (Gävleborg, Västernorrland, Sörmland, Västerbotten). Övriga frågors utfall är ojämförbara.

Tabell 17. Enkätfrågor om fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet	Svarsalternativ
<b>Gävleborg/Västernorrland</b>	
Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion som ger en ökning av puls och andning? <i>T.ex. promenader, cykling, eller trädgårdsarbete. Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).</i>	Minuter/dag under 1 vecka = totalt
<b>Sörmland</b>	
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.	Minuter/dag under 1 vecka = totalt
<b>Gävleborg/Västernorrland/Sörmland</b>	
Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som ger en markant ökning av puls och andning? <i>T.ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport.</i>	Minuter/dag under 1 vecka = totalt
<b>Jönköping</b>	
Hur mycket rör du dig på fritiden? <i>Om din aktivitet varierar mycket mellan t ex sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt.</i>	4 alternativ Stillasittande fritid/ Måttlig motion/ Ansträngande motion och träning/ Hård träning - Om aktiviteten skattas som måttlig eller ansträngande, besvara övriga frågor.
<b>Jönköping (ej alla extra enkät)</b>	

Hur mycket har du rört dig och ansträngt dig kroppsligt på fritiden de senaste 12 månaderna? (Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt)	4 alternativ Stillasittande fritid/ måttlig motion (minst 4h t ex promenader)/ Ansträngande motion och träning (minst 2h)/ Hård träning (motsvarande tävlingsidrott regelbundet flera ggr/v)
<b>Västerbotten</b> Hur mycket har du rört dig och ansträngt dig kroppsligt på fritiden de senaste 12 månaderna? (Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt)	4 alternativ Stillasittande fritid (Du ägnar dig mest åt stillasittande sysselsättning på fritiden och Du rör dig mindre än 2h i veckan) Måttlig motion på fritid (Du rör på dig under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas) Måttlig regelbunden motion på fritiden (Du motionerar regelbundet 1-2 ggr i vecka minst 30 min/gång med aktivitet som gör att du svettas) Regelbunden motion och träning (Du ägnar dig åt motion minst 3 tillfällen i veckan minst 30 min per gång)
Hur ofta har du tränat eller motionerat i träningskläder de senaste 3 mån, i syfte att förbättra din kondition och/eller för att må bra?	5 alternativ Aldrig/ Då och då/ 1 ggr per vecka/ 2-3ggr vecka/ Mer än 3 ggr vecka
Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm? T.ex. promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta någon slags genomsnitt.	6 alternativ 5 timmar per vecka eller mer/Mer än 3 timmar, men mindre än 5 timmar per vecka/ Mellan 1-3 timmar per vecka/ Högst en timme vecka/ Inte allt/ Vet inte, kan ej ta ställning

## Stillasittande

Stillasittande efterfrågas i tre av fem landsting, tidsperioden som efterfrågas varierar mellan "senaste veckan", "en vanlig vecka" och "ett vanligt dygn" (tabell 18). Även svarsalternativen är olika och anges i hela timmar, hela timmar och minuter eller enligt förutbestämda kategorier.

### Kommentar om jämförbarhet:

Stillasittande är jämförbar. Även om alternativen ser olika ut kan resultatet kategoriseras så det stämmer med de alternativ som ges i Gävleborg

Tabell 18. Enkätfrågor om stillasittande.

Stillasittande	Svarsalternativ
<b>Gävleborg</b> Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn?	7 alternativ Så gott som hela dagen/ 13-15 timmar/ 10-12 timmar/ 7-9 timmar/ 4-6 timmar/ 1-3 timmar/ Aldrig
<b>Västerbotten</b> Hur lång tid har du per dag under de senaste 7 dagarna tillbringat sittande i samband med arbete, studier, transporter, i hemmet och på din fritid? Försök att uppskatta hur många timmar i genomsnitt. Exempel på detta är tid vid skrivbordet, hemma hos vänner, att åka bil eller buss, att sitta och äta eller prata, att sitta framför dator och att se på film eller TV. A. På vardagar B. På helger	Svara i timmar och minuter eller/Vet ej
<b>Sörmland</b>	



Hur mycket tid tillbringar du stillasittande i samband med arbete, studier och transporter, i hemmet och på din fritid en vanlig vecka? <i>Försök uppskatta hur många timmar i genomsnitt. Exempel på detta är tid vid skrivbordet, hemma hos vänner, att åka bil eller buss, att sitta och äta eller prata, att sitta framför dator och att se på film eller TV.</i> A. på vardagar (då du arbetet studerar) B. på helger (då du är ledig)	Timmar per dag
---	----------------

## Matvanor

I tabell 19 visas ett par exempel på hur frågan om matvanor varierar. Gävleborg, Västernorrland och Sörmland har frågor hämtats från indikatorfrågor i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (10). Frågeställningar och svarsalternativ innehåller vissa olikheter, även för frågor som för övrigt är lika, vilket minskar jämförbarhet även mellan dessa. Jönköping använder ett kostindex som endast återfinns i detta landsting. Således kan frågor om matvanor inte jämföras.

Även frågor om fettkvalitet, fullkorn, måltidsordning och portionsstorlek förekommer (ej i tabell).

*Kommentar om jämförbarhet:*

Matvanor är ej jämförbart. Frågorna som ställs i enkäterna skiljer sig så pass mycket att matvanor inte kan jämföras mellan landstingen.

Tabell 19. Enkätfrågor om matvanor.

Matvanor			
Gävleborg	Västernorrland	Sörmland	Svarsalternativ
Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter?	<i>(färska, frysta eller tillagade)</i>	<i>(färska, frysta eller tillagade)</i>	4 alternativ Två gånger per dag eller oftare/ En gång per dag/ Några gånger i veckan/ En gång per vecka eller mer sällan
Hur ofta äter du frukt och/eller bär?	<i>(färska, frysta, konserverade, juice etc.)</i>	<i>(färska, frysta, konserverade, etc.)</i>	4 alternativ Två gånger per dag eller oftare/ En gång per dag/ Några gånger i veckan/ En gång per vecka eller mer sällan
Hur ofta äter du fisk eller skaldjur?		<i>(som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)</i>	4 alternativ Tre gånger i veckan eller oftare/ Två gånger per vecka/ En gång i veckan/ Några gånger i månaden eller mer sällan
<b>Gävleborg/Västernorrland</b>	<b>Svarsalternativ</b>		

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?	4 <i>alternativ</i> Två gånger per dag eller oftare/ En gång per dag/ Några gånger i veckan/ En gång per vecka eller mer sällan
<b>Sörmland</b>	
Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips/ <b>salta nötter</b> eller läsk/saft?	4 <i>alternativ</i> Dagligen/ Nästan varje dag/ Några gånger i veckan/ En gång i veckan eller mer sällan
<b>Västerbotten</b>	
FFQ innehållande 66 livsmedel Hur ofta äter du nedanstående livsmedel? Markera genomsnittlig konsumtion det senaste året. Markera endast ett alternativ per rad.	8 <i>alternativ</i> Aldrig/ Någon gång per år/ 1-3ggr mån/ 1 per vecka/ 2-3 ggr vecka/ 4-6ggr vecka/ 1ggr dag/ 2-3 per dag/ 4ggr eller fler per dag
<b>Jönköping</b>	
Enkäten 20 frågor om dina matvanor Beräknar en fettpoäng och en fiberpoäng samt totalen för kostvanor, innehåller frågor om livsmedelsval och frekvens.	Fiberindex+fettindex=kostpoäng

## Alkohol

Fyra av fem landsting ställer frågan: *Hur ofta dricker du alkohol* (tabell 20). Gävleborg och Jönköping använder även två frågor från indikatorfrågor i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (10). Övriga landsting använder AUDIT (the Alcohol Use Disorder Identification Test) som innehåller 10 frågor (se exempel tabell 16).

Frågor om det finns intresse för att minska alkoholkonsumtionen ställs av tre landsting, Gävleborg, Västerbotten och Sörmland.

*Kommentar om jämförbarhet:*

Alkohol är delvis jämförbart. Fyra av fem landsting kan med nuvarande frågeställning om frekvens jämföra utfall. Tre landsting har helt jämförbara data om riskkonsumtion baserat på AUDIT, förutsatt att gränsvärden definieras lika.

Tabell 20. Alkoholfrågor som förekommer i hälsoenkäter.

<b>Alkohol</b>	
<b>Gävleborg/Västernorrland/Västerbotten/Sörmland (AUDIT)</b>	
Hur ofta dricker du alkohol?	5 <i>alternativ</i> Aldrig/ 1 ggr per månad eller mer sällan/ 2-4 ggr per månad/ 2-3 ggr per vecka/ 4 ggr per vecka eller mer
<b>Gävleborg/Jönköping</b>	
Hur många standardglas alkohol dricker du fördelat på en vanlig vecka?	Antal standardglas per vecka
Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?	5 <i>alternativ</i> Aldrig/ Mer sällan än 1gång per månad/ Varje månad/ Varje vecka/ Dagligen eller nästan dagligen (Jönköping) *Så gott som dagligen

---

**Västernorrland/Västerbotten/Sörmland (AUDIT)**

Hur många standardglas alkohol dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	5 alternativ 1-2/ 3-4/ 5-6/ 7-9/ >10st
Hur ofta dricker du 6 sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	5 alternativ Aldrig/ Mer sällan än 1 gång per månad/ Varje månad/ Varje vecka/ Dagligen eller nästan dagligen
Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	5 alternativ Aldrig/ Mer sällan än 1 gång per månad/ Varje månad/ Varje vecka/ Dagligen eller nästan dagligen

**Förändringsvilja**

Frågor om förändringsvilja ställs i enkäten angående tobak, matvanor och alkohol endast i Gävleborgs hälsoenkät.

