

# Kartläggning av en arbetsgrupps fysiska och psykosociala hälsa med Hälsoprofilen som verktyg

Författare: Ann-Christine Sundén

Handledare: Thomas Lundh vid YMK

---

Projektarbete, 5 p,  
Företagssköterskeutbildning 2005-2007

September 2007

Ansvarig examinator: Professor Staffan Skerfving  
Avdelningen för yrkes- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND



# Kartläggning av en arbetsgrupps fysiska och psykosociala hälsa med Hälsoprofilen som verktyg

Författare: Ann-Christine Sundén

Handledare: Thomas Lundh vid YMK

September 2007

## Abstrakt

Syftet med arbetet var att göra en kartläggning av en arbetsgrupps fysiska och psykosociala hälsa med Hälsoprofilen som verktyg. Arbetsgruppen bestod av 62 montörer på ett större företag i södra Sverige. De fick alla en kallelse till företagshälsan och en enkät med elva frågor att besvara. Deltagandet var frivilligt och inget bortfall kunde rapporteras. Deras arbete bestod av en hel del tunga arbetsmoment och obekväma arbetsställningar men oftast varierande då de monterar hela truckar från början till slutprodukt. På företagshälsan gick handledaren och berörd person igenom svaren på frågorna och diskuterade runt dem. Hälsoprofilen bygger på medvetandegörande samtal där det inte används några ”pekpinnar”. Även en konditionstest ingick i profilen. Svaren sammanställdes statistiskt och tolkades sedan av handledaren. Resultatet visade bland annat på att flera hade nack- och ryggproblem var överviktiga och hade dåliga motionsvanor (mindre än 30 minuters fysisk aktivitet per dag). Det är viktigt att följa upp denna kartläggning med andra undersökningar/ riskbedömningar som redan utförts av andra professioner på företagshälsan för denna grupp. Hela resultatet kommer att läggas fram till företaget med förslag på åtgärder från företagshälsan med målet: en hälsofrämjande arbetsplats.

## Nyckelord

Hälsofrämjande arbetsplats, livsstilsvanor, samtalet

Avdelningen för yrkes- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	5
Bakgrund .....	5
Beskrivning av arbetsrelaterad ohälsa .....	6
Hälsopromotion på arbetsplatsen .....	6
Nationella folkhälsopolitiska mål .....	7
Beskrivning av företaget .....	8
Syfte .....	9
Urval .....	9
Metod .....	9
Presentation av metod .....	9
Beskrivning av instrument .....	10
Hälsoprofilbedömning (HPB) .....	10
Forskningsetiska aspekter .....	11
Resultat och diskussion .....	11
Hälsoprofilbedömningen .....	11
Konditionstest- cykelergometer .....	22
Sammanfattning och slutsats .....	23
Konklusion .....	24
Referenser .....	25

## Introduktion

Ett led i det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) på företagshälsovården utgörs av hälsoprofiler på de anställda. Rekommendationen är att dessa profiler görs minst vart tredje år med eventuell tidigare uppföljning. På detta sätt kan en kartläggning göras av både den självupplevda fysiska som psykiska hälsan bland de anställda. Den kartläggning som ingår i ett projekt på 5 poäng som en led i *Vidareutbildning för företagssköterskor, 40 poäng* är gjord på ett kundföretag på en avdelning med 62 montörer. Ingen av dem som ingick i projektet hade gjort dessa profiler under de senaste fem åren eller inte alls. Därför gjordes ingen jämförelse med tidigare profiler. Profilerna genomfördes under våren och sommaren 2007.

## Bakgrund

Arbetsplatsen kan ses som en betydande arena då den når den största delen av den vuxna befolkningen och har goda möjligheter att främja fysisk aktivitet och goda matvanor under arbetsdagen. Insatser som rör arbetsplatsen kan leda till riktlinjer för en god hälsa på arbetsplatsen och i förlängningen en certifiering av en hälsofrämjande arbetsplats (Pellmer K, Wramner B 2002).

Vad är det som gör att vissa klarar av svåra påfrestningar med hälsan i behåll bättre än andra? Den frågan besvarade Antonovsky (1991) med att motståndskraften beror på vad känslan av sammanhang, i vilken utsträckning vi upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar, det s. k. KASAM-begreppet (Känsla Av SAMmanhang), även om alla tre komponenterna i KASAM är nödvändiga, är de mer eller mindre centrala. Han pekar på komponenten meningsfullhet förefaller vara den viktigaste med motivationen att utan den skulle antagligen varken hög begriplighet eller hög hanterbarhet bli särskilt långvarig. Därefter kommer troligtvis begripligheten in i rangordningen som den viktigaste komponenten, eftersom hög hanterbarhet förutsätter förståelse. Med detta resonemang menar han dock inte att hanterbarhet är oviktig eftersom om man inte tror att resurserna finns till ens förfogande avtar meningsfullheten och personens strävan att hantera situationen blir svagare. Det är KASAM i dess helhet som därför en framgångsrik problemhantering är beroende. Enligt Hansson (2004) så skapas hanterbarhet på arbetsplatsen i form av bra verktyg och rätt material. På arbetsplatsen är även hanterbarheten beroende av hur individen klarar av att hantera sin arbetssituation och få göra det efter sina egna förutsättningar.

Även inflytande och möjlighet att själv styra arbetstakten och ta egna initiativ bidrar till egenkontroll och hanterbarhet i arbetslivet. Begripligheten skapas bl. a av att se sambanden mellan olika delar av organisationens system, var finns individen själv och vilken funktion har han/ hon i detta system? När det gäller meningsfullheten på arbetsplatsen kan det vara arbetskamrater, yrkesstolthet, egen utveckling, tilltalande fysisk arbetsmiljö och positiva händelser som bidrar.

### *Beskrivning av arbetsrelaterad ohälsa*

Kristina Orth-Gomér och Alexander Perski (1999) beskriver Peter Warrs (1987) nio kriterier som, enskilda eller i kombination, kan påverka psykiskt välbefinnande på bl. a arbetsplatsen och hur de kan avgöra i vilken utsträckning miljöförhållanden tillgodoser mänskliga behov.

Dessa är:

- 1 Möjlighet till kontroll
- 2 Möjlighet att använda sina kunskaper och sin kapacitet
- 3 Externt eller internt genererade mål
- 4 Variation
- 5 Klarhet och förutsägbarhet i rådande existentiella förhållanden
- 6 Ekonomin
- 7 Fysisk säkerhet
- 8 Mellanmänskliga kontakter
- 9 Sociala kontakter

WHO tog i Ottawa Charter for Health Promotion 1986, upp och betonade vikten av att se länkarna mellan människan och hennes arbets- och livsvillkor och därför inbegripa både människor och miljön i hälsoarbetet.

### *Hälsopromotion på arbetsplatsen*

Hälsan enligt Hansson (2004), kan ses som en strategisk resurs i organisationen eftersom hälsa och produktivitet i arbetet hänger ihop. En sund arbetsplats med friska medarbetare åstadkommer ett bättre resultat. Hälsopromotion förutsätter samarbete och teamwork under hela processen och det gäller både förarbetet, analysen, planeringen, genomförandet och utvärdering av aktiviteterna.

Det är även viktigt att tänka på att inte jämföra olika arbetsplatser och skapa någon slags standardiserad lösning och plan för en hälsofrämjande arbetsplats. Varje arbetsplats är unik. Det gäller främst de frågor som är organisationernas interna som exempelvis arbetsmiljö, ledarskap och medarbetarskap.

Även Croncell (2003) tar upp vikten av en hälsofrämjande arbetsplats. Han menar att det är viktigt att se hälsan som en resurs som vi har tillgång till i varierande utsträckning. Det gäller för organisationen att ta tillvara medarbetarnas tillgång till sina resurser och att få medarbetarnas attityd till arbetsplatsen att präglas av delaktighet, välvilja och engagemang. För att detta ska åstadkommas bör det ges genom ”morötter”, stimulans och ökat välbefinnande. Målet med strategisk hälsoutveckling kan vara att skapa en attraktiv arbetsplats där medarbetarnas resurser är tillgängliga, något som kräver en god hälsa i botten.

De arbetsplatser som är hälsosamma och attraktiva kommer att ha ett rejält försprång när det gäller att rekrytera, behålla, ha tillgång till och utveckla nödvändiga kompetenser. Därför har hälsa och hälsoutveckling blivit en strategisk fråga i det moderna arbetslivet.

### *Nationella folkhälsopolitiska mål*

I regeringspropositionen *Mål för folkhälsan* (prop 2002/03:35) antagen 2003, föreslås det övergripande målet vara att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det beskrivs vidare vara särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa. Två av de nationella målen är:

- Ökad delaktighet
- Ökad hälsa på arbetsplatsen

Många arbetsgivare har i dag insett vikten av att arbeta för en ökad hälsa på arbetsplatsen. Det kan göras genom att exempelvis införa och utveckla hälsofrämjande program och miljöförbättringar på arbetsplatsen. Här kan arbetsgivarna ta hjälp av personalavdelningar och företagshälsovård som kan genomföra de satsningar som bestäms och verka för en bättre och välbefinnande bland personalen. Arbetsplatsprogrammets resultat har visat sig genom att sjukfrånvaron minskat, lägre personalomsättning, ökad produktivitet och stärkt arbetsmoral (Ewles & Simnett, 2005).

Folkhälsoinstitutet genomförde på uppdrag av regeringen ett fysiskt aktivitetsår 2001 som döptes till Sätt Sverige i rörelse som organiserades i arenagrupper med varsin projektledare. Fyra arenor valdes som ansågs vara av största betydelse för fysisk aktivitet. Dessa var:

- Hälso- och sjukvården
- Arbetsplatsen
- Förskolan/skolan
- Fritiden

Syftet var ”att skapa samhälliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. När det gällde arbetsplatsen var målet att göra arbetsplatsen till en stödjande miljö för fysisk aktivitet och rörelse. Folkhälsoinstitutet gjorde 2004 en systematisk kunskapssammanställning, *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser*, som visade att fysisk aktivitet på arbetsplatsen är effektiv för att öka konditionen hos arbetstagarna samt att förebygga rygg- och nacksmärtor. Hälsofrämjande program som använder övergripande strategi kan vara effektiva och även kostnadseffektiva. Individuella hälsoriskbedömningar och behovsanalyser bör ingå i interventionen (Folkhälsoinstitutet, Sätt Sverige i rörelse- effekter och vuxna erfarenheter, 2001).

En metod för att uppnå en hälsoinriktad förändring där är det viktigt att människor känner sig delaktiga och aktivt kan påverka hur förändringen utformas och genomförs är Motiverande samtal. Metoden innebär en förändringsinriktad rådgivning som bygger på dialog mellan rådgivare och individen. Istället för att propagera för livsstilsförändring strävar rådgivaren efter att skapa en process som möjliggör ett samarbete med individen om förändringar. Konkret innebär samtalen att följa individen i dennes utforskande av sig själv och att styra samtalen mot förändring. Målet är att utveckla den, använda den, öka den och förstärka den till dess att den tar överhanden. Människor övertygas oftast mer av vad de hör sig själva säga än vad andra säger till dem. Det är inte rådgivaren utan klienten som ger uttryck för förändring och tilltro till sig själv att kunna genomföra den (Miller och Rollnick 1991).

### **Beskrivning av företaget**

Projektarbetet utfördes på ett större företag i södra Sverige. I undersökningen ingick 62 montörer som alla arbetar på samma avdelning på företaget. Medelåldern på dem är 44 år och medianen på 45 år. De flesta arbetar i tvåskift med vissa undantag.

Inget nattskift förekommer. Arbetet består i att montera truckar allt från små detaljer upp stora master och fram- och bakarmar. Vid monteringen av truckarna arbetar de två och två tillsammans så arbetet upplevs som omväxlande med få monotona rörelser. Önskemålet från företagets och den aktuella företagshälsans sida, har varit att göra denna kartläggning vart tredje år med uppföljning på det som framkommer i anslutning till bedömningen eller efter kortare tidsperiod. All personal på hela företaget, ungefär 370 personer, är inräknade att delta. Dessvärre har treårsperioden inte kunnat hållas, av företagstekniska skäl har därför tidsperioden blivit utsträckt till att vara 5 – 6 år.

## Syfte

Syftet med arbetet var att göra en kartläggning av en arbetsgrupps fysiska och psykosociala hälsa med Hälsoprofilen som verktyg. Denna kartläggning ska sedan tillsammans med undersökningar/riskbedömningar, som görs av andra professioner inom företagshälsan på aktuell avdelning, ligga som underlag för förslag på åtgärder till företaget med målet: en hälsofrämjande arbetsplats.

## Urval

Samtliga montörer på avdelningen deltog i undersökningen.

## Metod

### **Presentation av metod**

I kartläggningen av de anställda på den aktuella avdelningen användes ett frågeformulär; Hälsoprofilbedömning (HPB). Dessa formulär har de 62 montörerna fått att besvara innan de kom till företagshälsan tillsammans med en kort skriftlig information om själva undersökningen, vad som ingår och hur den går till. Frågeformulären bearbetades i ett dataprogram utvecklat av Kick! Profildata (Kick! Profildata, Hälso & Friskvård AB, 2002), där resultatet presenteras i procentform.



Vid undersökningen gjordes även tillägg i form av Hb (hemoglobin), glukos- och kolesterolvärden. Resultaten på dessa prover redovisas inte i detta arbete.

Redovisning av resultatet ska först redovisas för arbetsledare/chef, även skyddsombud kan ingå här. Senare redovisas och diskuteras resultatet för hela den undersökta gruppen.

## Beskrivning av instrument

### **Hälsoprofilbedömning (HPB)**

1968 - 1978 utvecklades och prövades HPB i uppbyggnaden av en omfattande friskvårdsverksamhet vid Saab-Scania i Linköping (Andersson & Malmgren, 1989).

Ursprunget till HPB ligger i ett submaximalt arbetsprov som var ett komplement till övriga medicinska mätningar i en allmän hälsokontroll. När det medicinska intresset för livsstilspåverkan ökade fick det inledande samtalet och den avslutande diskussionen en allt större betydelse

1979 påbörjades extern utbildning av hälsoprofilbedömare och det har sedan dess utbildats ett stort antal hälsoprofilbedömare från norr till söder i vårt land. Stor vikt har lagts för att skapa så goda garantier som möjligt för standardiserad och enhetlig tillämpning av HPB utifrån speciella formulär och blanketter. Frågeformuläret består av elva frågor med fem fasta svarsalternativ där endast ett får väljas. Deltagaren får här möjlighet att själv bedöma sina hälsovanor och upplevd hälsa. Första målsättningen med en HPB är att skapa en medvetenhet/insikt om de egna hälsovanorna och hälsan, som en del av det kommande underlaget för beslutfattande och förändring.

En HPB innehåller både egenbedömning av betydelsefulla hälsovanor, hälsoupplevelser samt några medicinska och fysiologiska mätningar. Samtalet inleds med frågor om fysisk aktivitet före 20 års ålder och nuvarande arbetssituation. De följs av samtal utifrån det redan ifyllda frågeformuläret som sedan följs upp av blodtrycksmätning, skelettmätning med en undre och en övre viktgräns, submaximalt arbetsprov på cykelergometer samt avslutas med en diskussion. Alla frågor i frågeformuläret avser den senaste månaden. De fem första frågorna gäller färd sätt till arbetsplatsen, fritidsaktiviteter, motion, kost och tobak.

Svaren förs över till en annan blankett av samtals- och testledaren. Här finns möjlighet till en diskussion och deltagaren har möjlighet att ändra sin bedömning under samtalets gång. Det tas vidare upp om alkoholvanor och medicin (lugnande, uppiggande, sömnmedel och värktabletter). De avslutande frågorna tar upp individens upplevelser av psykosomatiska symptom, stress, ensamhet och upplevd hälsa. Mätningarna inleds med blodtrycksmätning och följs av mätning av kroppslängd och skelettdiametrar vid handleder och knäleder. Det avslutas med ett submaximalt arbetsprov på cykelergometer där deltagaren själv gör en bedömning av hur han upplever att ansträngningen av belastningen är (Borg 1994).

Det är viktigt att som handledare för en HPB att ha en grundinställning att konstatera, acceptera, respektera, och registrera och inte moralisera. Även att tänka på att det är deltagaren som har det egna ansvaret för sina handlingar, sina hälsovanor, sina beslut och sina val. Är handledaren inte övertygad om att deltagaren är intresserad av att få goda råd och program ska sådana inte ges-

### **Forskningsetiska aspekter**

Arbetsledaren informerades om att varje deltagare skulle vara med på frivillig basis. Deltagarna fick både skriftligt och muntligt information om att alla deltagare garanterades full konfidentialitet vad det gäller personlig data och behandling av svaren på frågorna och det som framkom under samtalen runt dessa.

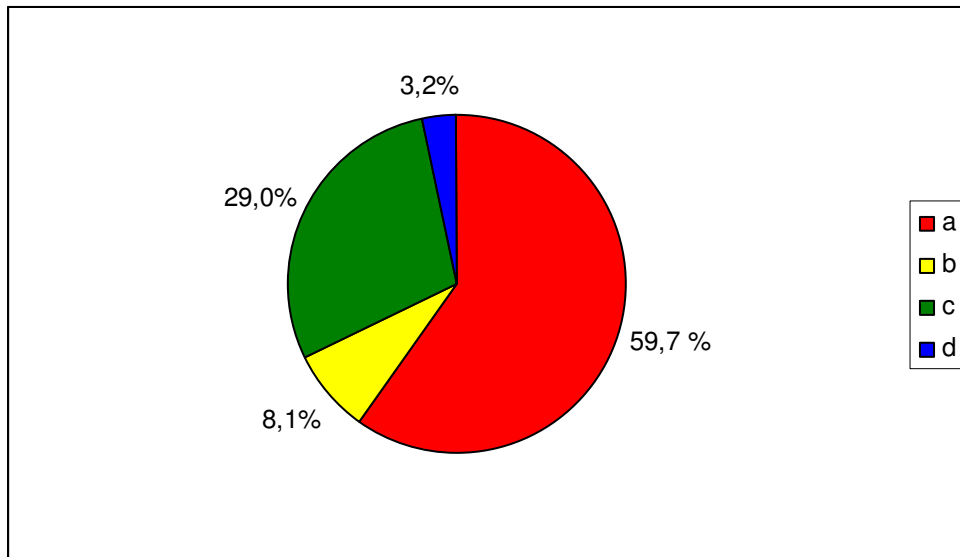
## **Resultat och diskussion**

Alla tillfrågade deltog i undersökningen. Sju personer valde att inte delta i motionscykeltesten.

### **Hälsoprofilbedömningen**

Medelåldern:	44
Medianåldern:	45
Range:	21 – 63

Resultatet från frågeformulärens bearbetning via dataprogrammet Kick! Profildata redovisas i cirkeldiagram och tabellen. De olika åtgärdsgrupperna är indelade enligt HOS Hälsoprofilinstitut Malmgren Andersson.



A = stort behov av livsstilsförändring eller åtgärd (Röd färg)

B = behov av livsstilsförändring eller åtgärd (Gul färg)

C = bra livsstil och hälsodata (Grön färg)

D = mycket bra livsstil och hälsodata (Blå färg)

Grupp	Antal	Procent
<b>A</b>	37	59,7
<b>B</b>	5	8,1
<b>C</b>	18	29,0
<b>D</b>	2	3,2

I högriskgrupp A finns de som redan är sjuka eller upplever något symptom, de med höggradig stress eller mycket dålig kondition, *och* de som på grund av minst fyra belastande komponenter i hälsoprofilen kan anses ha generellt förhöjd risk för sämre hälsa och välbefinnande (Andersson & Malmgren, 1989).

Ibland kan gränsen mellan belastande faktor och icke belastande faktor vara snäv. Ett exempel är mätningen av blodtrycket där flera i den undersökta gruppen låg på eller strax över gränsvärdet 140/90. Detta vid själva undersökningstillfället och då de inte var under behandling för hypertoni. Orsaken till något förhöjt blodtryck vid mättillfället kunde bero på att de kände sig stressade i själva situationen de befann sig i. Varje förhöjt blodtryck följdes upp och det visade sig att övervägande delen av gruppen uppvisade då ett blodtryck som låg under gränsvärdet. När det gäller övervikt får hänsyn tas till att det är en subjektiv bedömning från handledarens sida. Övre och undre viktgräns är uträknad genom att respektive skelettvikt och beräknas då på den fettfria kroppsvikten. Den tar inte hänsyn till eventuell muskelmassa. Då muskler väger mer än fett kan det ibland vara svårt om personen har en lätt övervikt säga om den är relevant eller inte. Därför kan ibland personer som inte är direkt överviktiga hamna i gruppen för överviktiga som räknas till en belastande faktor. En felkälla kan även vara mätfel av skelettet och därmed blir inte skelettvikten korrekt. Handledaren kan vara ovan och det kan leda till att viktgränserna är för låga. Fysiskt inaktiv är också svårt att avgöra och gränsen är hårfin. Med fysiskt inaktiv menas att den sammanlagda tiden för att vara fysiskt aktiv i genomsnitt understiger 30 minuter/dag. Hamnar personen i gruppen fysiskt inaktiva räknas det då till en belastande faktor.

Till gruppen B innefattas de individer som har totalt tre belastande komponenter i HPB eller som är helt fysiskt inaktiva. Risknivån sjunker ytterligare i grupp C med en till två belastande komponenter i HPB. De som hamnar i gruppen D har inga belastande komponenter.

Frågorna i Hälsoprofilen är graderade från ett till fem där en högre siffra är en positiv faktor. Innan genomgången av svaren på de elva frågorna i frågeformuläret *ställdes* två inledande frågor.

*1. Träning före 20 års ålder som uppdelas i:*

- Befriad från skolgymnastiken - 1 person i gruppen (1,6 %)
- Ingen träning förutom skolgymnastiken – 17 personer i gruppen (27,4 %)
- Tränade i bollsport eller annan idrott utan att tävla – 24 personer i gruppen (38,7 %)
- Sysslade med både träning och tävling – 19 personer i gruppen (30,6 %)
- Träning och tävling på elitnivå – 1 person i gruppen (1,6 %)

Denna fråga är mindre känslig eftersom det ofta ges ett positivt svar och är därför bra att börja med. Många var mer fysiskt aktiva innan 20 års ålder än var de är senare i livet. Här är det viktigt att poängtera att det aldrig är för sent att börja motionera och att det inte finns någon övre åldersgräns då det inte längre ”lönar” sig att börja motionera. När en deltagare nämner att han/hon inte var befriad från skolgymnastiken är det bra att anteckna orsaken till detta.

Övervägande personer i gruppen var fysiskt aktiva innan 20 års ålder. Endast en person fick inte vara med i skolgymnastiken på grund av astmatiska problem. I dag är kunskapen större om regelbunden fysisk aktivitet och dess positiva inverkan på bland annat astma.

## 2 Fysisk arbetsituation som uppdelas i:

- Stående eller sittande arbete – 1 person i gruppen (1,6 %)
- Rörliga arbetsmoment ingår i arbetet – 5 personer i gruppen (8,1 %)
- Kontinuerligt rörligt arbete – 23 personer i gruppen (37,1 %)
- Fysiskt ansträngande arbetsmoment ingår i arbetet – 32 personer i gruppen (51,6%)
- Kontinuerligt fysiskt ansträngande arbete – 1 person i gruppen (1,6 %)

Frågan fokuserar på den upplevda fysiska belastningen i arbete. De fysiska förutsättningarna spelar här en stor roll. Även ensidig belastning kan *beaktas*. Eftersom det är en arbetsplats med fysiskt tunga moment så hamnade övervägande del av gruppen i grupp 4.

## Färdsätt till och från arbetsplatsen (sammanlagd tid)

Många undersökningar, även internationella, har enligt Andersson och Malmgren (1989) visat att fysisk aktivitet på 30 minuters sammanlagd tid dagligen minskar risken för ohälsa på grund av fysisk inaktivitet. Svartalernativ fem motsvarar denna nivå där man genom att välja cykel eller promenad till jobbet på minst 30.

Färdsätt:	Bil/buss	Promenad/cykel <10 min.	Promenad/cykel 10-19 minuter	Promenad/cykel 20-29 minuter	Promenad/cykel >30 minuter
Antal	41 personer (66,1 %)	7 personer (11,3 %)	10 personer (16,10%)	2 personer (3,2 %)	2 personer (3,2 %)

Bil till arbetet var övervägande berodde det på att många hade en längre väg till arbetet än 30 minuter med cykel och ansåg att det tog för lång tid att ta sig med cykel till arbetet. Några bodde på annan ort och hade därför inget val än att köra eller åka *buss* till arbetet.

### *Fritid*

Underfrågorna är:

Träffa familj och vänner

Skötsel, underhåll, renovering av hus och hem.

Studier, utbildning.

Evenemang, teater, utställningar, konsert, bio, idrott, café, pub, dans.

Aktivt föreningsliv.

TV, video, data, litteratur, musik.

Natur och friluftsliv.

Övrigt.

Alternativen är:

Aldrig

Sällan

Då och då

Ofta

Mycket ofta

Graderingen är i skalan 1-5. Ett medeltal på frågorna räknas sedan ut. Ju högre siffra desto mer aktiv är vederbörande.

Gruppen fick här ett medeltal på 3,0 och slutsatsen blir att de flesta ligger på en "lagom" nivå på hur aktiva de är på sin fritid. Inga ytterligheter i någon riktning visade sig i profilerna. Ingen rapporterade att de aldrig eller sällan träffade familj eller vänner. Det får anses som positivt eftersom, ett socialt nätverk är viktigt för att individen ska må bra.

Betydelsen av ett bra fungerande socialt nätverk blir här väl dokumenterad. Det har dock visat sig i andra studier att för mycket aktiviteter kan innebära en risk för hjärt-kärlsjukdom (Andersson & Malmgren, 1989).

### *Motionsvanor*

Med motion menas här att tid avsätts för motion med syfte att bibehålla/förbättra kondition – hälsa - välbefinnande.

<b>Jag motionerar:</b>	Aldrig / Då och då	1-2 ggr/v 3-5ggr/v Mer än 5ggr/v
<b>Antal personer (%)</b>	29 (46,8 %)	33 (53,2 %)

Resultatet visade på att 47 % aldrig motionerade eller motionerade då och då. Det får räknas till en belastande faktor då det är konstaterat att regelbunden motion främjar hälsan och välbefinnandet (Sätt Sverige i rörelse (SSR) – Effekter och vuxna erfarenheter). På frågan varför de aldrig motionerade svarade de flesta tidsbrist. De hade heltidsjobb som var fysiskt krävande till viss del, familj, hus och trädgårdsarbete att tänka på i första hand. Barnens fritidsintressen prioriterades framför egna. Önskan fanns här att de mer lättillgängligt skulle kunna komma till en fritidsanläggning. Möjlighet till att i samband med lunchen eller i direkt anslutning till jobbet kunna styrketräna var något som skulle uppskattas. Av de som aldrig, eller då och då motionerade var en övervägande del medvetna om att de hade inga eller dåliga motionsvanor och kände till riskerna med detta. Intentionen till att komma igång med någon slags fysisk aktivitet fanns där men motivationen var inte tillräckligt stark för att de skulle ta tag i denna fråga. Upplevelsen var dock att viljan fanns hos många i gruppen. De flesta av dem som uttryckte denna vilja hade varit fysiskt aktiva tidigare i livet. Några få sa sig inte vara motiverade till någon slags fysisk aktivitet förutom det de fick genom jobbet och fritiden i typ av gräsklippning, vedhuggning osv.

Det kan väl i dag sägas att det är allmänt vedertaget att regelbunden motion är en av de viktigaste faktorerna för bättre hälsa och lägre mortalitet. Motion är det som görs för personens egen skull och inte bara för att samtidigt vara ”nyttig” ( Andersson & Malmgren, 1989).

### *Kostvanor*

<b>Jag har:</b>	Mycket dåliga kostvanor, dåliga kostvanor. Varken bra eller dåliga kostvanor	Bra kostvanor Mycket bra kostvanor
<b>Antal personer (%)</b>	33 (53,2 %)	29 (46,8 %)

Deltagaren värderar sina kostvanor utefter egen erfarenhet. Det ligger då till grund för en diskussion angående ”bra” kostvanor. Här framkommer om deltagaren äter regelbundna måltider, mellanmål, allsidig kost med frukt och grönsaker osv. Det är svårt att säga vad som är bra och inte bra när det gäller kostfrågor.

Livsmedelsverket är den myndighet som utfärdar kostråd. Enligt dem rekommenderas barn och vuxna att äta tre huvudmål och en till tre mellanmål med god näringsmässig sammansättning. Att äta frukost anses förenat med bättre kostkvalité och kognitiv funktion samt lägre risk att utveckla fetma, dock har ännu inte ett direkt orsakssamband etablerats för att det verkligen förhåller sig så (Livsmedelsverket, Vår föda nr 6/2005).

Enligt näringsrekommendationerna föreslås en fördelning av intaget av kalorier enligt följande:

Frukost 20 - 25 procent av energiintaget

Lunch 25 - 35 procent av energiintaget

Middag 25 - 35 procent av energiintaget

De rekommenderar även en allsidig kostsammansättning med kolhydrater, protein och fett där kostcirkeln ligger till grund.

När personen svarar alternativet varken bra eller dåliga kostvanor räknas detta som en belastande faktor. Men det är en subjektiv bedömning, vad som är bra kostvanor för någon kan vara varken bra eller dåliga för någon annan. Det kan vara svårt för handledaren att få fram en klar och rättvis bild av deltagarens kostvanor.



## Tobaksvanor

### Rökning

>=20 cig/dag	11-19 cig/dag	1-10 cig/dag	Enstaka tillfällen	Röker ej
4 personer 6,5 %	2 personer 3,2 %	6 personer 9,7 %	6 personer 9,7%	44 personer 71,0 %

### Snusning

1 dosa/dag	4-6 dosor/dag	2-3 dosor/dag	Högst 1 dosa/v	Snusar ej
0 personer 0,0 %	4 personer 6,5 %	16 personer 25,8 %	6 personer 9,7 %	36 personer 58,1 %

Snusning är den tobaksvana som dominerar i gruppen. Resultatet visar på att det är 57 % av gruppen som använder tobak i någon form. Flera i gruppen angav i samtalet att de hade slutat att röka och börjat snusa i stället eller hållit uppe med tobakskonsumtion under en tid men börjat igen av olika anledningar. De flesta sa sig vara medvetna om riskerna med att använda tobak men upplevde inte snusningen så farlig som att röka. Flertalet uppgav att de skulle sluta med tobakskonsumtion i framtiden men ingen hade tillräcklig motivation att göra det i dag trots att hjälp erbjöds från företagshälsans sida.

Bland vuxna i Sverige är det enligt statens folkhälsoinstitut (Minskat bruk av tobak - var står vi i dag?, 2005) är 9 % av männen i åldrarna 16-29 år, 10 % i åldrarna 30-44 år och 18 % i åldrarna 45-64 år dagligrökare.

Samma undersökning visar när det gäller snusning att det är det 21 % i åldrarna 16-29 år, 29 % i åldrarna 30-44 år och 23 % i åldrarna 45-64 år som är dagligsnusande. Slutsatsen blir att den undersökta gruppen stämmer ganska väl in på den undersökning som gjorts av Sveriges vuxna män - större andel snusare än rökare.

Vetskapen om rökningens negativa påverkan på hälsan är väl dokumenterad medan snusningens medicinska påverkan ännu inte är klart fastställd.

### *Alkoholvanor*

<b>Jag dricker alkohol:</b>	Mycket ofta eller periodvis i stora mängder Ofta	Då och då Sällan Aldrig
<b>Antal personer (%)</b>	(12,9 %)	(87,1 %)

Vid stor alkoholkonsumtion före ligger starka samband mellan ett brett spektrum av kroppsliga sjukdomar och högre dödlighet. Alkoholmissbruk är även socialt destruktivt. Det är viktigt att som handledare skapa en sådan trygghet och öppenhet att deltagaren vågar öppna sig och diskutera sina alkoholvanor. Frågorna som ställs här är till exempel *vid vilka tillfällen dricker du, hur ofta, hur mycket, sinnesstämning osv.*

Resultatet visar på att 12,9 % av gruppen dricker mycket ofta eller ofta. På dem som hamnade i detta intervall gjordes en mer djupgående diskussion om deras alkoholvanor och anledningen till detta. Åtta deltagare ansåg sig dricka ofta, ingen upplevde att de drack mycket ofta. Efter samtal med respektive deltagare framgick det inte att någon av dem hade en sådan stor alkoholkonsumtion som kunde medföra att de var i riskzonen för att utveckla ett alkoholberoende. Här får inte glömmas bort att det är på deras egna upplevelser av sin alkoholkonsumtion och deras alkoholvanor handledaren får göra sin bedömning. Att hitta en alkoholist i en hälsoprofilbedömning kan vara svårt och näst intill omöjligt. Önskemålet är att göra dem själva uppmärksamma på sina alkoholvanor.

### *Medicin*

I frågeformuläret indelas medicin i:

- Lugnande,
- Uppiggande,
- Sömnmedel,
- Värktabletter (även receptfria)
- Övrig medicin.

Graderingen av intag av medicin är från mycket ofta till aldrig, i skalan 1 – 5.

Resultatet visar på att 8 % intog medicin mycket ofta eller ofta. Medicinen som dominerade var värktabletter och därefter kom sömnmedel och övrig medicin. Under övrig medicin hamnar bland annat det läkemedel som är ordinerat dagligen.

Det kan till exempel vara läkemedel för blodtryck, blodfetter, ämnesomsättning osv. Denna grupp räknas då inte in som en belastande faktor trots daglig förbrukning, det är en direkt livsuppehållande medicin som är nödvändig att ta.

### *Symptom*

Symptomfrågorna indelas i:

Rygg/nackbesvär

Magbesvär

Värk

Trötthet

Sömnsvårigheter

Övriga symptom

Graderingen besvärsförekomst är från mycket ofta till aldrig, i skalan 1 – 5.

Resultatet visar på att 40 % hade symptom mycket ofta eller ofta. Symptomen som dominerade var rygg/nackbesvär och därefter kom allmän värk i kroppen. Det är symptom som kan förväntas när det gäller denna arbetsgrupp med obekväma arbetsställningar och en del tunga lyft där de inte kan eller slarvar med att använda traverserna. De mest farliga är de lyft som är precis så tunga att de kan utföras manuellt, eftersom detta upplevs gå snabbare än att använda traverser att lyfta med.

När det gäller symptom är det viktigt att sammankoppla den med den övriga insamlade informationen. Ex. *kan* trötthet eller ett förhöjt blodtryck vara stressrelaterat osv.

### *Upplevd stress*

Frågorna om stress avsåg:

Hela livssituationen

Enbart på arbetet.

Svarsalternativen av upplevd stress var från mycket ofta till aldrig.

Resultatet visar på att 21 % kände sig stressade ofta eller mycket ofta. Den arbetsrelaterade stressen dominerade. Orsakerna var främst när det saknades delar till att färdigställa en truck. När väl delarna kom uppstod en brådskande situation med att sätta ihop och få iväg trucken.

Upplevd stress i betydelsen psykosociala påfrestningar påverkar negativt hälsa och välbefinnande och även då leda till en risk för utmattningsdepressioner. Stressen behöver dock inte alltid vara en belastande faktor, den kan även vara stimulerande och/eller utmanande.

### *Upplevd ensamhet*

Frågorna upplevd ensamhet indelas i:

Hela livssituationen

Enbart på arbetet.

Graderingen av upplevelsen var från aldrig till mycket ofta, i skalan 1 – 5.

Resultatet visar på att endast 2 % kände sig ensam mycket ofta eller ofta. Fördelningen var lika mellan *hela livssituationen* och *enbart på arbetet*. Det fanns ingen ensamhetsproblematik, varken i det privata eller i arbetslivet.

Socialt stöd och ett väl fungerande socialt nätverk har stor betydelse för hälsan. Det är inte alltid den som lever ensam som upplever ensamheten som belastande, ensamheten kan lika gärna upplevas av den som lever i en icke-fungerande par relation. Det kan vara svårt för en handledare att hantera om någon deltagare säger sig känna sig mycket ensam. Det är en tillgång att ha resurspersoner att hänvisa till och det är viktigt att en deltagare får möjlighet att formulera sina tankar och känslor inför handledaren. Det är av *största vikt* att handledaren kan visa empati och engagemang utan att ta över ansvaret och känslorna från deltagaren.

### *Upplevd hälsa till kropp och själ*

Vid skattningen av sin egen hälsa till kropp och själ (fysiskt och psykiskt) är svarsalternativen från mycket dålig till mycket bra, i skalan 1 – 5.

Resultatet visar på att 44 % upplever sin hälsa till kropp och själ som mycket dålig, dålig eller varken bra eller dålig. Dessa svarsalternativ ses som negativa. Denna fråga sammanfattar mycket om hur personen känner sig. Det finns de som trots närvarande kronisk sjukdom ändå kan känna sig bra till kropp och själ sedan finns det de som utan någon direkt synbar anledning känner sig varken bra eller dålig. De som valde detta alternativ fick även frågan om detta alternativ inte fanns, var skulle de då ligga? Skulle det vara mer åt bra eller mer åt dåligt. Huvuddelen av gruppen angav då att de låg mer mot känslan bra än dålig.

Några hade svårt att tycka att de kunde säga att de mådde mycket bra fast de egentligen kände sig mycket bra och resultatet på hälsokurvan även bekräftade detta.

#### *Konditionstest- cykelergometer*

Sju i gruppen genomförde inte testet beroende på förkylningar, knäproblem med mera.

#### **Konditionstest**

	Mycket låg	Låg	Medel	Hög	Mycket hög
Syreupptagning	2 personer 3,6 %	4 personer 7,3 %	20 personer 36,4 %	13 personer 23,6 %	16 personer 29,1 %
Testvärde	4 personer 7,3 %	11 personer 20,0 %	15 personer 27,3 %	9 personer 16,4 %	16 personer 29,1 %
Konditionstal	1 person 1,8%	9 personer 16,4 %	15 personer 27,3 %	15 personer 27,3 %	15 personer 27,3 %

Testvärdet var här sämre än vad syreupptagningsförmågan var. En av förklaringarna till detta var att många i gruppen var överviktiga och hjärtat fick arbeta hårdare.

*Här* finns felkällor som kan påverka resultatet i både positiv och negativ riktning. Detta innebär att det med ett enstaka test finns relativt liten möjlighet att säkert värdera testpersonens maximala syreupptagningsförmåga. Testen kan däremot användas som ett ”kvitto” på om en träningsperiod gett resultat eller inte. Felkällor kan till exempel vara brister i arbetsmetodiken - testledaren gör misstag i pulsräkningen, fel inställning av belastningen och att testpersonen inte klarar av att trampa i takt och håller ojämn fart.

Felaktiga förutsättningar kan även påverka arbetspulsen, om till exempel testpersonen ätit en kraftig måltid inom två timmar före testet, rökt eller snusat före testet, har en infektion eller feber. Även variation i maxpuls kan också vara en felkälla (Andersson m fl, 1999).

## Sammanfattning och slutsats

Vid genomgång av resultatet av de genomförda Hälsoprofilerna kan följande hälsofaktorer urskiljas:

*Bra faktorer* - ingen ensamhetsproblematik, låg konsumtion av alkohol och läkemedel, låg upplevelse av stress i hela livssituationen och relativt låg medelålder.

*De mindre bra faktorerna* - få hade regelbundna motionsvanor, mindre bra kostvanor, hög konsumtion av tobak - framförallt snus, övervikt – ungefär en tredjedel hade låga testvärden, dåligt upplevd hälsa, många symptom (nacke, rygg, värk) och högt blodtryck vid mättillfället.

I den senare gruppen kan finnas risk för framtida sjukskrivningar med bland annat hjärt-kärlbesvär. Grupprofilen borde ligga över medelvärde då medelåldern är relativt låg.

Rekommendationen till företaget blev att bli att de ska ta upp till diskussion de anställdas motions-, mat- och tobaksvanor, upplevelsen av dålig hälsa, orsaker till att många har problem med nacke, rygg och allmän värk i kroppen och förbättra logistiken med reservdelar - arbetsrelaterad stress.

Önskemål från företagshälsovården till företaget är att få sälja in uppföljningar på Hälsoprofilen till dem som visar sig vara förändringsbenägna. Det kan gälla till exempel en ny cykeltest om ett halvår för att se om ökade motionsvanor har gett resultat eller inte. Profilerna kanske inte behöver göras vart tredje år på dem som redan har bra värden eller på dem som fullständigt saknar motivation till någon slags förändring. Då i stället lägga kraft och energi och stödja dem som är motiverade i deras förändringsarbete.

I en jämförelse med en större grupp, i samma databas (Kick profildatas), inom den privata sektorn (83432 personer) i huvudsak inom tillverkningsindustrin visade resultatet på inte allt för stora skillnader. Där det gick att utläsa en mer tydlig skillnad var när det gällde den fysiska aktiviteten och de anställdas vikt. Här låg referensgruppen tydligt bättre till än den undersökta gruppen.

## Konklusion

För att kunna ge människor de bästa förutsättningarna att trivas, må bra och vara friska på sin arbetsplats är att arbeta för en så bra och hälsofrämjande arbetsplats som möjligt. Trivs de på sin arbetsplats så ökar troligtvis deras förutsättningar att orka ta tag i sitt privata liv också. Det räcker inte endast med punktinsatser man måste se till helheten på varje arbetsplats

Detta är ett led i vårt systematiska arbetsmiljöarbete där kartläggningen av hälsostatusen, både den fysiska och den psykosociala sker utefter min profession. Denna kartläggning ska sedan sammanföras med de kartläggningar som är gjorda på samma arbetsplats av andra yrkeskategorier inom företagshälsan. På detta vis får vi en så bred kunskap som möjligt om hur det står till på respektive arbetsplats både när det gäller hälsa och den fysiska arbetsmiljön. Utefter dessa kartläggningar kan vi tillsammans ta fram förslag till förbättringar och lämna till företagets ledning. Vi kan även erbjuda våra tjänster i förändringsarbetet.

Att välja Hälsoprofilen som instrument i denna kartläggning är ett val min Företagshälsa gjort sedan flera år tillbaka. Valet grundade sig på en vetenskaplig framtagen metod där två vetenskapliga avhandlingar på Linköpings universitet ligger som grund för metoden. (Andersson & Malmgren,1989, Andersson,1989).

Den bygger på medvetandegörande samtal utan ”pekpinnar” och det är inte så många frågor att besvara, endast en A4-sida. De negativa faktorerna är att kartläggningen tar mycket tid i anspråk i jämförelse med att använda ett frågeformulär där deltagaren själv får fylla i svaren och skicka tillbaka det ifyllda formuläret till den ansvarige för undersökningen. Det är även en kostnadsfråga eftersom Hälsoprofilen är betydligt dyrare för företaget än att välja endast ett frågeformulär.

Det negativa med att använda denna metod med endast enkäter är att det i regel är många frågor att besvara, det kan bli språkliga missförstånd och den information och kunskap som fås i det personliga mötet förloras.

Hälsoprofilens främsta mål är att få den enskilde medveten om sina hälsovanor och förutsättningar för fortsatt bra eller bättre hälsa. På detta sätt kan den enskilde få ett verktyg för motivation att ta tag i sin egen hälsostatus för att på så sätt förebygga och minska risken för sjukskrivningar och belastningsskador.

Det stämmer bra med Croncells (2003) uppfattning om att för företaget se hälsan som en resurs i skapandet av en attraktiv arbetsplats där en god hälsa ligger i botten för detta mål.

Några frågor att reflektera över är:

*Arbetstagarens hälsa – ett gemensamt ansvar tillsammans med arbetsgivaren?*

*Medarbetarens livsföring - en arbetsmiljöutmaning för oss alla...?*

Johnny Johnsson skriver i sin bok *Långtidsfrisk* (2003):

*” Helhetssyn - Det goda arbetet uppstår när hela tillvaron fungerar, i privatlivet och arbetslivet och i alla dimensioner: kropp, själ och ande”*

## Referenser

Andersson, G. (1989). *Betydelsen för regelbunden motion för sjukfrånvaro och upplevd hälsa*. Linköping: Samhall Klintland Grafiska. ISBN 91-7970-515-4

Andersson, G. & Malmgren, S. (1989). *Två studier som belyser Hälsoprofilbedömning som instrument för screening och beteendepåverkan*. Linköping: Samhall Klintland Grafiska. ISBN 91-7970-745-5

Andersson, G. & Forsberg, A. & Malmgren, S. (1999). *Konditionstest på cykel. Elanders Skogs Grafiska*. ISBN 91-87660-98-9

Antonovsky A. (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur; (svensk utgåva). ISBN 91-27-02193-9

Borg, G. (1994). *Borg-RPE-skalan. En enkel metod för bestämning av upplevd ansträngning*. Stockholm: Borg Perception

Croncell, N & Engvall, J & Karlsson, P. (2003). *Hälsoarbete och Hälsobokslut – En handbok för arbetsgivare*. Näsviken: Björn Lundéns information AB.



Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.  
ISBN 91-44-03596-9

Fysisk aktivitet och folkhälsa. Statens folkhälsoinstitut. 2006, R2006:13  
(Sätt Sverige i rörelse)

Hansson A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur  
ISBN 91-44-03492-X

Johnsson, J. & Lugn, A. & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk*. Lund: Grahns tryckeri AB  
ISBN 91-89617-68-1

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2003). *Motiverande samtal*. Norrköping: Danagårds grafiska  
AB. ISBN 91-85187-02-X

Minskat bruk av tobak - var står vi idag? Statens Folkhälsoinstitut. R2007:14.  
(Del av folkhälsomål 11)

Pellmer K, Wramner B. (2000). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber  
ISBN 91-47-05097-7

Wallin, S. (2002). Kick! Profildata. Hälsa & Friskvård AB

Livsmedelsverket. Vår föda 2005 nr 6