



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och Samhälle

# **Resultatutvärdering av friskvårdsprojektet Prio Promotion i Hässleholms kommun, 2005-2006.**

ANNA LARSSON

e-post: [anna123456@hotmail.com](mailto:anna123456@hotmail.com)

---

**HANDLEDARE: MARIA ROSVALL**

Examensarbete 10 p  
Folkhälsovetenskap (61-80 p)  
Folkhälsovetenskapliga programmet 160 p  
Maj 2006

Malmö Högskola  
Hälsa & Samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: [info@hs.mah.se](mailto:info@hs.mah.se)

# **Resultatutvärdering av friskvårdsprojektet Prio Promotion i Hässleholms kommun, 2005-2006.**

ANNA LARSSON

Larsson, A. Resultatutvärdering av friskvårdsprojektet Prio Promotion i Hässleholms kommun, 2005-2006. Magisterexamen i folkhälsovetenskap, 10 poäng. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enheten för folkhälsovetenskap, 2006.

Projektet Prio Promotion har genomförts i Hässleholms kommun under en 4-6 månaders period, i syfte att stärka friskfaktorer på olika arbetsplatser. Projektet var riktat mot arbetsplatser med höga sjuktal, som hemtjänst, äldreboende, städpersonal samt förskolepersonal. Prio Promotion innefattade insatser i form av ergometercykeltest, föreläsningar angående fysisk aktivitet samt stress, stavgångs- och styrketränningsinstruktioner och en motionstävling. Denna rapport syftar till att göra en resultatutvärdering av Prio Promotion, med hjälp av resultat från enkäter och ergometercykeltest som gjordes både före och efter projektet. De c:a 134 insamlade enkäterna samt resultaten från ergometercykeltesterna fördes in och analyserades i SPSS 12.0. Resultatet visar att motionsvanor, syreupptag och upplevd smärta/värk förbättrades mest under dessa 4-6 månader. De tydligaste förändringarna kunde ses hos personerna som var 44 år eller yngre.

*Nyckelord:* Hälsa, levnadsvanor, Hässleholms kommun, friskvårdsprojekt, arbetsplats

# **Evaluation of results from the health care project Prio Promotion in the county of Hässleholm, 2005-2006.**

ANNA LARSSON

Larsson, A. Evaluation of results from the health care project Prio Promotion in the county of Hässleholm, 2005-2006. Degree projekt in public health science, 10 credit points. Malmö University: Health and Society, the unit of public health science, 2006.

The project Prio Promotion has been conducted in the district of Hässleholm during a 4-6 month period, aiming at strengthening health factors at different work sites. The project was focused on work sites with high sickness leave, such as home carers, hospices, cleaning staff and nursery personnel. Prio Promotion included performances in ergometric bicycle tests, lectures regarding physical activity and stress, instructions in pole-walking and working out in gyms, and a competition in exercise. This report aims at an evaluation of the results from Prio Promotion by investigating the results from surveys and ergometric bicycle tests conducted both before and after the project. 134 collected surveys and the results from the ergometric bicycle tests were inserted into and analyzed in SPSS 12.0. The result showed that exercise habits, oxygen uptake and experienced pain/aches were the most improved during the 4-6 months period. The most evident changes were seen among people aged 44 or younger.

*Keywords:* Health care, life habits, county of Hässleholm, health care project, employers

<b>1 INLEDNING.....</b>	<b>5</b>
<b>2 BAKGRUND.....</b>	<b>6</b>
2.1 HÄLSA PÅ ARBETSPLATSEN.....	6
2.1.1 Riskkällor.....	6
2.1.2 Sjukfrånvaro.....	7
2.2 HÄLSA OCH LEVNADSVANOR.....	7
2.2.1 Självskattad hälsa.....	7
2.2.2 Rökvanor.....	7
2.2.3 Motionsvanor.....	8
2.2.4 Psykisk hälsa.....	8
2.2.5 Fysisk hälsa.....	9
2.3 HÄSSLEHOLMS FRISKVÅRDSPROJEKT.....	9
<b>3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....</b>	<b>11</b>
<b>4 METOD.....</b>	<b>11</b>
4.1 PRIO PROMOTION.....	11
4.2 ENKÄTEN.....	12
4.2.1 Utformning av enkäten.....	12
4.3 ERGOMETERCYKELTEST.....	13
4.3.1 Gränsdragningar.....	13
4.4 DATAINSAMLING.....	14
4.5 BEARBETNING AV DATA.....	14
4.6 URVAL.....	14
4.7 BORTFALL.....	14
4.8 ETISKA ASPEKTER.....	15
<b>5 RESULTAT.....</b>	<b>16</b>
5.1 ENKÄTSVAR.....	16
5.1.1 Populationen.....	16
5.1.2 Hälsa och levnadsvanor.....	17
5.1.3 Självskattad hälsa utifrån ålder samt arbetsplats.....	19
5.1.4 Rökvanor utifrån ålder samt arbetsplats.....	20
5.1.5 Motion utifrån ålder samt arbetsplats.....	22
5.1.6 Upplevd smärta/värk utifrån ålder samt arbetsplats.....	23
5.2 ERGOMETERCYKELTEST.....	25
5.2.1 Syreupptag utifrån ålder samt arbetsplats.....	26
<b>6 DISKUSSION.....</b>	<b>28</b>
6.1 RESULTATDISKUSSION.....	28
6.1.1 Självskattad hälsa.....	28
6.1.2 Rökvanor.....	29
6.1.3 Motionsvanor.....	29
6.1.4 Psykisk hälsa.....	30
6.1.5 Fysisk hälsa.....	30
6.1.6 Ergometercykeltest.....	30
6.1.7 Förändringar utifrån ålder.....	31
6.1.8 Förändringar utifrån arbetsplats.....	31
6.2 METODDISKUSSION.....	32
<b>7 AVSLUTNING.....</b>	<b>34</b>
<b>8 REFERENSER.....</b>	<b>35</b>
8.1 LITTERATUR/INTERNET.....	35
8.2 PERSONLIG KOMMUNIKATION.....	35
<b>9 BILAGA.....</b>	<b>36</b>

## **1 INLEDNING**

I Hässleholms kommun bedriver man sedan 2003 ett ”Friskvårdsprojekt för Hässleholms kommun – ett handlingsprogram för en friskare kommunal verksamhet”. I kommunens övergripande mål finns delmålen att sjukfrånvaron årligen ska minska och att särskilt långtidssjukfrånvaron skall uppmärksammas. Friskvårdsprojektet syftar bland annat till att uppnå dessa delmål. Friskvårdscentrum, som finns under personalkontoret har fått i uppgift att till och med 2006-06-30 utveckla, bevara samt återfå hälsan hos olika grupper av kommunanställda. Projektet har utarbetats av personalkontoret och godkänts av en bred politisk majoritet. Projektledare har Vidar Albinsson varit. Prio Promotion har varit ett delprojekt riktat mot arbetsplatser som hemtjänst, äldreboende, städpersonal samt förskolepersonal. Denna rapport syftar till att göra en resultatutvärdering av Prio Promotion, med hjälp av resultat från enkäter och ergometercykeltest som gjordes både före och efter projektet.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Hälsa på arbetsplatsen

Som vuxen tillbringar vi ungefär hälften av vår vakna tid på arbetet. Där ska det, enligt arbetsmiljölagen, vara så riskfritt som möjligt ur fysisk och psykisk synvinkel. Det står även att arbetet ska ge möjlighet till engagemang, arbetsglädje och personlig utveckling. Arbete är i sig hälsofrämjande, men sedan finns det arbeten som kan leda till ohälsa. Arbeten som medför hälsorisker har ofta likheterna att de är ensidiga med liten möjlighet till personlig och yrkesmässig utveckling. Områden med ensidiga arbeten med låga kvalifikationskrav har även oftare än andra yrken en dålig arbetsmiljö. Individerna som har lågkvalificerade yrken har ofta en lägre levnadsstandard och mindre valmöjligheter. Personer som däremot är aktiva och självständiga på arbetet har också ofta en mer aktiv fritid (Arbetarskyddsnämnden, 1991).

#### 2.1.1 Riskkällor

Det finns riskfaktorer för ohälsa i alla arbeten. Arbeten med högt tempo, stor arbetsmängd och stor tidspress kan ge konsekvenser i ohälsa, om det är långvarigt, speciellt om det samtidigt är förenat med låg kontroll (Arbetsmiljöverket, 2001). Möjligheter till återhämtning är nödvändigt för att vi ska må bra och fungera normalt. Ensidiga, monotona, upprepande yrken ger små möjligheter till utveckling. Sådan understimulering är en faktor som kan leda till ohälsa. Likaså att ha otydliga förväntningar på sin arbetsinsats eller att det finns otryggheter i anställningen. Hur människor umgås och behandlar varandra på arbetet har stor betydelse för hur vi mår. Konflikter kommer ofta ur dåliga arbetssituationer såsom för hög belastning eller otydliga förväntningar (Arbetsmiljöverket 2002). De yrken där störst andel kvinnor uppger psykisk påfrestning är de som arbetar nära andra människor, t ex inom vård, skola och omsorg (Arbetsmiljöverket, 2001). Inom skolan är det också många som känner höga krav och bristande socialt stöd. De som arbetar som sjuksköterskor, undersköterskor samt biträden känner ofta att de har liten egenkontroll (Arbetsmiljöverket, 2001). Med egenkontroll menas handlingsfrihet och beslutsutrymme. Risker för hot, våld och olycksfall kan ge direkta skador på kroppen, men kan också vara psykiskt påfrestande, både att utsättas för men också att ha vetskap om. Den fysiska miljön på arbetsplatsen har stor betydelse för välbefinnandet och kan påverka vår kropp genom farliga ämnen, ljudnivåer o s v (Arbetsmiljöverket, 2002).

## 2.1.2 Sjukfrånvaro

Det är fler arbetsolyckor än arbetssjukdomar som rapporteras till försäkringskassan, men det är arbetssjukdomarna som leder till långa sjukskrivningar. Ergonomiska och fysiska belastningsfaktorer är de som oftast rapporteras. Den vanligaste diagnosen som både män och kvinnor sjukskriver sig för är rörelseorganens sjukdomar. Problem med ryggen är det mest förekommande för båda könen. Efter rörelseorganens sjukdomar följer de psykiska sjukdomarna, som också är de som ökar mest de senaste åren. Kvinnor sjukskrivs i större utsträckning än män för psykisk ohälsa, medan män sjukskrivs oftare då det gäller cirkulationsorganens sjukdomar samt skador och förgiftningar. Alla hälsoproblem kan ha mer eller mindre samband med den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön (Gustafsson & Lundberg, 2004).

## 2.2 Hälsa och levnadsvanor

### 2.2.1 Självskattad hälsa

Självupplevd hälsa ses som ett viktigt och tillförlitligt mått på människors hälsotillstånd. 72 % av kvinnorna och 77 % av männen mellan 16 och 84 år anser att de har god eller mycket god sammantagen hälsa, enligt Folkhälsorapporten som kom ut 2005. Flera av dessa personer har långvariga sjukdomar men anser ändå inte att det är något som påverkar hälsotillståndet. Den upplevda ohälsan ökar med åldern, dessutom anser kvinnor i något lägre grad än män att de har god hälsa. I yrkesverksam ålder är det oro, ängslan och ångest som är några av de faktorer som ökar på senare tid, vilket även sömnproblem och trötthet gör (Socialstyrelsen, 2005).

### 2.2.2 Rökvanor

Många sjukdomar förvärras eller orsakas av rökning. Det gäller bland annat olika former av cancer, olika sjukdomar i blodkärl, hjärtinfarkt, slaganfall, benskörhet, KOL, inflammationer i tandkött och magsår. Rökning under graviditet kan leda till missfall, låg födelsevikt och risk för plötslig spädbarnsdöd, på grund av att fostret får för lite syre. Listan på skador och risker kan göras lång. Riksgenomsnittet för kvinnor är 18 % som röker dagligen och för män är motsvarande siffra 17 %. Andelen har sjunkit mycket sedan 1980-talet, men å andra sidan är det många som gått över till att snusa. Antalet rökare i Sverige minskar framförallt bland kvinnor under 45 år och bland män i alla åldrar. Det finns stora skillnader mellan olika sociala grupper. Det är två och en halv gånger vanligare att lågutbildade kvinnor och män röker än att högutbildade gör det (Socialstyrelsen, 2005).

### 2.2.3 Motionsvanor

Fler och fler motionerar på sin fritid. För att motionen ska ha någon mätbar positiv effekt på hälsan bör man regelbundet motionera minst 30 min/dag. Det är framförallt kvinnor som motionerar minst en gång i veckan. 64 % av kvinnorna och 59 % av männen motionerar regelbundet. Andelen som inte motionerar alls ligger runt tio procent. Lågutbildade motionerar mindre än tjänstemän och högutbildade. Vardagsmotionen minskar däremot, vi har blivit bekvämare och använder hissar, bilar o s v. På arbetstiden sitter vi mer och mer tid framför datorer och på fritiden ägnar vi mycket tid framför tv och dator. Forskning visar att brist på fysisk aktivitet ökar riskerna för hjärtinfarkt, typ 2-diabetes, högt blodtryck, vissa cancerformer, övervikt samt benskörhet. Motion ökar välbefinnandet, kan verka förebyggande mot flera sjukdomar, fungera som smärtlindring samt bevara funktioner i kroppen. Effekterna är samma både för yngre och för äldre (Socialstyrelsen, 2005).

### 2.2.4 Psykisk hälsa

Mellan 30 och 40 % av befolkningen i Sverige tros ha psykiska besvär. Allt ifrån lättare symptom, som sömnsvårigheter och oro, till allvarigare sjukdomstillstånd, som depression och självmordstankar. Av dessa är det cirka 10-15 % som behöver psykiatrisk behandling. Psykisk ohälsa är det som ökar snabbast i Sverige, däremot ökar inte de allvarliga psykiska sjukdomstillstånden. Man kan välja att se på psykiska besvär på två sätt. Koncentrationen kommer att ligga på hälsoaspekten, där man lägger vikt vid hur individer känner sig. Situationen är till stor del kopplat till levnadsvanorna, den omgivande miljön samt valen som individer gör. Psykisk ohälsa beror mycket på personers förmåga att hantera olika stressituationer. Man kan också se på vad biologiska faktorer betyder för psykiska störningar eller sjukdomar, d v s det som har blivit fel i kroppen/hjärnan. Tillstånd med dessa ursprung är inte lika lätta att påverka (Socialstyrelsen, 2005).

Ökad psykosocial stress, stress på arbeten med höga krav, litet beslutsutrymme, samt monotona arbetsuppgifter kan öka risken för hjärt-kärlsjukdomar. För att få ner den psykosociala stressen krävs metodutveckling, förnyelse av pedagogik och att fler sektorer inblandas än som det ser ut idag, med enbart hälso- och sjukvården. En annan följd av stress är myalgi (spänningsvärk) som kommer av att muskler drar ihop sig (Socialstyrelsen, 2005).



## 2.2.5 Fysisk hälsa

### **Smärta och värk**

Värk i muskler och leder ökar hos både män och kvinnor, men huvudsakligen är det de lätta besvären som ökat. 68 % av kvinnorna och 57 % av männen i riket upplever smärta i rygg, nacke, skuldror, armbågar, knän eller ben. Det är ungefär en tredjedel av dessa som har svåra besvär. Något större andel värk förekommer hos kvinnor över 45 år (Socialstyrelsen, 2005).

### **Vikt**

I enlighet med att vi ägnar oss mindre åt vardagsmotion blir vi också tyngre. Sedan början av 1980-talet hade andelen befolkning med övervikt eller fetma fördubblats. År 2004 var det 35 % av kvinnorna och hälften av männen som hade övervikt eller fetma. Ungefär en tiondel av befolkningen har fetma. Övervikten inkl. fetman blir vanligare med stigande ålder, men även bland unga blir det allt vanligare. Fetma är också vanligare hos lågutbildade, jämfört med högutbildade. Fetma är en riskfaktor för typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdomar samt ger en stor belastning på rörelseapparaten. Undervikt, som är vanligast hos kvinnor, var lika vanligt som fetma på 1980-talet. Idag är det tre procent som är underviktiga. En metod att räkna ut kroppsmassan är att använda BMI, body mass index, (Socialstyrelsen, 2005).

### **Hjärt-kärlsjukdom**

Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskar i landet, men det är den största sjukdomsgruppen som leder till flest förtidiga dödsfall. Dessutom medför de ofta varaktiga hälsoproblem och funktionsnedsättningar. Minskningen har lett till att medellivslängden har ökat och mycket är på grund av förbättrad hjärt-kärlsjukvård, som gör att färre insjuknade dör. Kända riskfaktorer är t ex ålder, kön, rökning, högt blodtryck och höga kolesterolvärden. Arbeten med höga krav och litet inflytande ökar också risken för hjärt-kärlsjukdomar med 40 % d v s lika stor risk som högt blodtryck medför. 6-14 % av hjärtinfarkterna skulle kunna förebyggas genom att förändra arbetsupplägget eller arbetsledningen. Sju procent skulle undvikas genom att avstå från skiftarbete (Arbetslivsinstitutet, 1999a).

## **2.3 Hässleholms Friskvårdsprojekt**

Den totala sjukfrånvaron hos Hässleholms cirka 4 000 kommunanställda var 5,9 % år 2005. Det är en minskning från föregående år, då sjukfrånvaron låg på 6,3 %. Genomsnittet hos landets kommunanställda låg år 2005 på 8,9 %. Kommunen var därmed den friskaste i Skåne och den tionde friskaste i landet, enligt den obligatoriska sjukfrånvarostatistiken (Dagens Samhälle, 2006). Även om Hässleholms kommun relativt väl till så är det fortfarande viktigt att tänka

salutogent (hälsofrämjande), för att bibehålla den goda hälsan och för att minimera ohälsan som finns. Friskvårdsprojektet var tänkt att avslutas i slutet av juni år 2006, men det har beslutats att projektet ska bli permanent, för att fortsätta med uppgiften att erhålla friskare och mindre antal sjukskrivna kommunanställda. Projektet inriktades främst mot kvinnodominerade yrkeskategorier inom omsorgsförvaltningen, samt barn- och utbildningsförvaltningen, dels på gruppnivå och dels på organisationsnivå. Verksamheten har haft en salutogen (hälsofrämjande) och preventiv (ohälsöförebyggande) inriktning, men rehabiliteringsinsatser har också implementerats. Två och en halv tjänst har stått till förfogande för projektet. Nyhetsbrev angående projektet och hälsa har regelbundet skickats ut till samtliga anställda. Några av de salutogena aktiviteterna har varit utbildningar, installation av gym, instruktioner och tävlingar. Preventiva aktiviteter har varit bl a tobakslutargrupper, FaR (fysisk aktivitet på recept), viktminskningsgrupper samt massage (Albinsson V, personlig kommunikation, 2006).

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med Prio Promotion var att påverka hälsan och hälsorelaterade levnadsvanor positivt på de utvalda arbetsplatserna i Hässleholms kommun samt se om det går att förbättra hälsan under en relativt kort period, fyra till sex månader.

Syftet med denna uppsats är att beskriva hälsan samt hälsorelaterade levnadsvanor bland deltagare före och efter Prio Promotion utifrån de enkäter och ergometercykeltest som gjorts före och efter projektet. Övergripande frågeställning är: Har hälsan respektive levnadsvanor hos personalen, på arbetsplatserna som varit med, i projektet förändrats? Vilka grupper har förändrats mest?

### **4 METOD**

#### **4.1 Prio Promotion**

Projektet har pågått under fyra till sex månader på åtta arbetsgrupper. Tidsperioden har varit olika på de olika arbetsplatserna. Första gruppen startade i februari 2005 och de sista grupperna påbörjade projektet i oktober 2005.

Inledningsvis och avslutningsvis har en livsstilsenkät (se bilaga 1) samlats in och ett ergometercykeltest, på sex till tio minuter, utförts. Testet var submaximalt, vilket betyder att det inte upplevs som jobbigt i någon större utsträckning, då belastningen anpassas efter individens ålder, vikt, kön och träningsstillstånd (Creativ Friskvård, 2006). Efteråt beräknades den maximala fysiska kapaciteten/konditionen; syreupptaget i liter per minut samt syreupptaget i relation till kroppsvikten. Konditionstest och enkät låg sedan till grund för nulägesanalysen som redovisades på respektive arbetsplats vid nästkommande träff.

På arbetsplatserna har man haft två föreläsningar dels angående vikten av att vara fysiskt aktiv och ha en bra kondition dels om stress och stresshantering. Stavgångsinstruktion (med utlåning av stavar till arbetsplatserna) och styrketräningsinstruktion på gym har också genomförts. En poängtävling sträckte sig över hela perioden för att motivera till fysisk aktivitet. Alla hade samma förutsättningar att vinna i dragningen. Genom motion har poäng samlats på ett poängkort, lagvis och individuellt. Med hänsyn till vikten av det sociala fick man extra poäng vid motion

med arbetskamrat. Tanken med poängtävlingen var både att få igång icke aktiva personer, men även att stimulera den redan aktive (Albinsson V & Karlsson T, personlig kommunikation, 2006).

## **4.2 Enkäten**

### **4.2.1 Utformning av enkäten**

Frågorna i enkäten (se bilaga 1) har tagits ifrån Socialstyrelsen, konstruerats utifrån andra frågeformulär, bland annat hälsoprofilsbedömningens frågeformulär, samt skrivits av projektansvariga för att passa just denna enkät (Albinsson V & Karlsson T, personlig kommunikation, 2006). Enkäten innefattar bakgrundsfrågor angående bl a kön, arbetsuppgifter och ålder samt 17 frågor om livsstil och hälsa, plus en kontrollfråga. Frågorna har varit till största delen slutna. Utifrån dessa frågor har fokus blivit på självskattad hälsa, psykisk hälsa, fysisk hälsa, rökvanor samt motionsvanor.

#### **Självskattad hälsa**

Fråga: Hur upplever du att din psykiska och fysiska hälsa sammantaget är?

Svarsalternativ: Mycket bra/Bra/Varken bra eller dålig/Dålig/Mycket dålig

#### **Motionsvanor**

Fråga: Anser du att din vardagsmotion (fysisk rörelse, ej ombytt) sammantaget uppgår till minst 30 min/dag? Ex på vardagsmotionsaktivitet är promenad, trädgårdsarbete, städning, gå i trappor, rörelse under arbetsdagen.

Svarsalternativ: Ja/Nej

Fråga: Hur ofta motionerar du i snitt/vecka (ombytt, minst 20 min, svettig och förhöjd puls)?

Svarsalternativ: Fler än två gånger/2 gånger/1 gång/Aldrig eller sällan

#### **Rökvanor**

Fråga: Vilka rökvanor har du?

Svarsalternativ: Röker mer än ett paket om dagen/Röker ≤ ett paket om dagen/Feströker/Jag har tidigare rökt/Jag har aldrig rökt

#### **Psykisk hälsa**

Fråga: Upplever du stress på jobbet som du inte mår bra av?

Svarsalternativ: Ja/Nej

Fråga: Upplever du att det är svårt att få tiden att räcka till på fritiden?

Svarsalternativ: Ja, mycket ofta/Ja, ofta/Ibland/Nej, aldrig

### **Fysisk hälsa**

Ange om du har smärta eller värk i någon av nedanstående kroppsdelar.

Svarsalternativ: Huvud/Nacke/Axlar/Nedre delen av ryggen/Knän/Övrigt

Fyll i om du har diagnos övrigt hjärta/kärl

### **4.3 Ergometercykeltest**

För att få säkra testresultat fanns vissa standardiseringskrav. Dessa var att inte ha tränat hårt dagen/timmarna innan, det skulle ha gått två timmar sen senaste måltiden, ingen rökning eller snusning inom en timme innan testet samt att testet inte fick utföras om testpersonen hade feber eller någon annan infektion. Uppföljning av ergometercykeltest rekommenderas äga rum tre till fyra månader senare (Fysiken, 2006).

#### **4.3.1 Gränsdragningar**

##### **BMI**

BMI (body mass index) står för kroppsvikten (kg) dividerat med kroppslängd (m) i kvadrat ( $\text{kg/m}^2$ ). Enligt WHO definieras BMI < 18,4 som undervikt, 18,5 – 24,9 som normalvikt, 25,0 – 29,9 som övervikt samt > 30,0 som fetma. BMI skiljer dock inte på fett- och muskelmassa (Socialstyrelsen, 2005).

##### **Kondition**

Syrekonsumtionen ligger generellt på  $\frac{1}{4}$  liter per minut i vila. Vid en lugn promenad ligger den på lite mer än en liter per minut. Vid maximalt arbete brukar syrekonsumtionen ligga på 2,5 till 7 liter per minut. Skillnader i upptagningsförmågan beror bland annat på gener, ålder, kroppsstorlek och träningsgrad (YFA, 2003). 35 ml syre/min·kg kroppsvikt är den syreupptagningsförmåga som rekommenderas för att klara av en normal vardag. 35 är en siffra som är genomsnittlig för män 40-49 år samt kvinnor 20-29 år, då syreupptagningsförmågan vanligtvis sjunker med åldern. För kontinuerligt belastande arbeten såsom städning, vissa arbeten inom kök, hemtjänst och vård rekommenderas 45 ml/min·kg kroppsvikt (Arbetslivsinstitutet, 1999b).

#### **4.4 Datainsamling**

Ergometercykeltester har i de flesta fall gjorts ute på respektive arbetsplats. Eftersom städpersonalen arbetar utspritt i kommunen har de kommit till projektansvarigas kontor och utfört testerna där. Enkäterna har skickats ut med internkuvert och har samlats in i samband med ergometercykeltesterna, vilket har gjort att en personlig diskussion kring enkät och cykeltest varit möjlig (Albinsson V, personlig kommunikation, 2006).

#### **4.5 Bearbetning av data**

De 334 (200 före + 134 efter) insamlade enkäterna samt resultaten från ergometercykeltesterna fördes in i SPSS 12.0. Därefter har materialet analyserats. Beskrivande fakta presenteras i form av frekvenser, medelvärden och standardavvikelser. För att testa statistiska signifikanser har materialet genomgått t-tester för beroende observationer (paired t-test). Signifikansen är säkerställd till en nivå på 5 % ( $p < 0,05$ ). Materialet har delvis justerats på så sätt att det delats upp på arbetsplatser och på åldersgrupper: 44 år eller yngre samt 45 år eller äldre.

#### **4.6 Urval**

Projektet Prio Promotion har beskrivits i bland annat nyhetsbrev och därefter har enhetschefer visat intresse för att få den till sin arbetsplats, där det förekommer problem med höga sjukskrivningstal. Arbetsplatserna har sedan valts ut av projektansvariga tillsammans med förvaltnings- eller verksamhetscheferna, mycket med tanke på hur hög sjukfrånvaron är i förhållande till resten av kommunen. Man riktade in sig på omsorgsförvaltningen, tekniska förvaltningen (städerskor) och barn- och utbildningsförvaltningen (förskolor). För att få representativa och jämförbara grupper valdes grupper om minst 25 personer ut. Grupperna blev ungefär 20-30 personer stora. Enhetschefen på respektive arbetsplats informerade de övriga, samt valde ut grupper. 200 personer har deltagit i projektet inledningsvis, varav 134 personer även svarat på efterenkäterna. 113 personer gjorde båda ergometercykeltesterna. I resultatet redovisas ej de övriga, då det inte finns något resultat att jämföra med för dessa. Därför är det också bara de som gjort ett första enkätsvar som får svara på den andra (Karlsson T, personlig kommunikation, 2006).

#### **4.7 Bortfall**

På samtliga arbetsplatser har deltagandet varit frivilligt, därför har det under insatsens gång varit möjligt för personer att välja att inte fortsätta av olika anledningar. En del personer har endast svarat på enkäterna men ej gjort ergometercykeltest på grund av medicinering, som

t ex blodtrycksmediciner som påverkar pulsen så att kondition inte kan räknas ut. En annan förklaring till bortfall är influensa och förkylningar som drabbat personer vid testtillfället.

#### **4.8 Etiska aspekter**

Deltagandet har varit helt frivilligt. Insatserna har förklarats muntligt för deltagarna, och information samt syfte har även gått att läsa på den första enkäten. Alla respondenter i projektet garanteras full konfidentialitet. Det betyder att respondenternas identiteter är kända för uppsatsförfattaren, men att de inte kommer att röjas eller missbrukas på något sätt (Ejlertsson, 2005). Arbetsplatserna är avidentifierade och anges som exempelvis ”Förskola A”. Uppsatsen har godkänts av Hälsa & Samhälles etiska nämnd på Malmö Högskola.

## 5 RESULTAT

### 5.1 Enkät svar

Nedan redovisas resultatet från de 134 enkäter som blev besvarade vid båda tillfällena, både före och efter projektets gång. Enkätfrågor, se bilaga 1.

#### 5.1.1 Populationen

*Tabell 1.* Beskrivning av populationen. Siffrorna anger antal och (procent) där inget annat uppges. Std = standardavvikelse.

<b>Kön</b>	
Kvinna	131 (97,8)
Man	3 (2,2)
<b>Arbetsplats</b>	
Förskola A	20 (14,9)
Förskola B	18 (13,4)
Städ A	15 (11,2)
Städ B	25 (18,7)
Äldreboende A	15 (11,2)
Äldreboende B	16 (11,9)
Hemtjänst A	13 (9,7)
Hemtjänst B	12 (9,0)
<b>Vikariat</b>	
Vikarierande	16 (11,9)
<b>Ålder</b>	
Medelålder (Std.)	46,3 (10,4)

Av de totalt 134 personerna var 3 personer män och resterande 131 var kvinnor. Den största gruppen var personer som arbetade som städpersonal (40 personer) samt på förskola (38 personer). Andelen vikarierande var 11,9 %. Medelåldern vid första mättillfället var 46,3 år. Den yngsta var 21 år och den äldsta i projektet var 66 år.



## 5.1.2 Hälsa och levnadsvanor

Tabell 2. Beskrivning av levnadsvanor  
Siffrorna anger antal och (procent).

<b>Upplevd hälsa</b>	<b>Före</b>	<b>Efter</b>
Dålig/varken bra eller dålig	36 (27,1)	30 (22,4)
Bra/mycket bra	97 (72,9)	104 (77,6)

---

<b>Motion</b>		
Vardagsmotion minst 30 min/dag	129 (96,3)	130 (97,0)
Motion minst en gång/vecka	80 (59,7)	105 (79,5)*

---

<b>Rökvanor</b>		
Har aldrig rökt	69 (51,5)	66 (49,3)
F.d. rökare	35 (26,1)	40 (29,9)
Feströkare	5 (3,7)	6 (4,5)
Rökare	25 (18,7)	22 (16,4)

---

<b>Psykisk hälsa</b>		
Upplever negativ stress på arbetet	70 (52,2)	64 (47,0)
Aldrig/ibland svårt att få fritiden att räcka till	81 (60,9)	86 (64,2)
Ofta/mycket ofta svårt att få fritiden att räcka till	52 (39,1)	48 (35,8)

---

<b>Fysisk hälsa</b>		
Upplever värk	110 (82,1)	100 (74,6)**
Lider av hjärt-/kärlsjukdom	4 (3)	4 (3)

\* = Signifikant.  $P < 0,1$  %

\*\* = Signifikant.  $P < 5$  %

### Upplevd hälsa

Ingen av respondenterna har svarat att de upplever sin fysiska och psykiska hälsa som ”mycket dålig”. Den självskattade hälsan är något bättre vid andra svarstillfället. Första tillfället upplever 72,9 % sig ha bra eller mycket bra hälsa. Andra gången är det 77,6 % som tycker detsamma. Sex personer upplevde sig ha dålig hälsa första tillfället, men vid andra tillfället var det något färre (fyra personer). Denna skillnad var dock ej statistiskt säkerställd.

### Motion

129 personer ansåg vid första svarstillfället att deras vardagsmotion uppgick till minst 30 min/dag. Det har inte skett någon större förändring efter projektets gång, då det är endast en person mer än förut som svarat att vardagsmotionen uppgår till minst 30 min/dag. Bland städpersonal har tre stycken svarat att den inte uppgår till 30 min/dag. Andelen som motionerade minst en gång i veckan från början har ökat markant från 59,7 till 79,5 %. Att p-värdet är  $< 0,1$  % betyder att det går att påvisa att det finns en genomsnittlig skillnad i motionsvanor före och efter

projektet. Enligt de första enkäterna var det 26,8 % som motionerade två gånger eller mer per vecka, och på de efterföljande enkäterna hade andelen ökat till 41,7 % (visas ej i tabellen).

### **Rökvanor**

69 personer hade aldrig rökt vid första tillfället, men denna siffra hade sjunkit till andra tillfället, då endast 66 stycken svarade samma sak. Dessa tre personer har gått till f.d. rökare och feströkare. Andelen dagligrökare har sjunkit en aning från 18,7 till 16,4 %. Denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd.

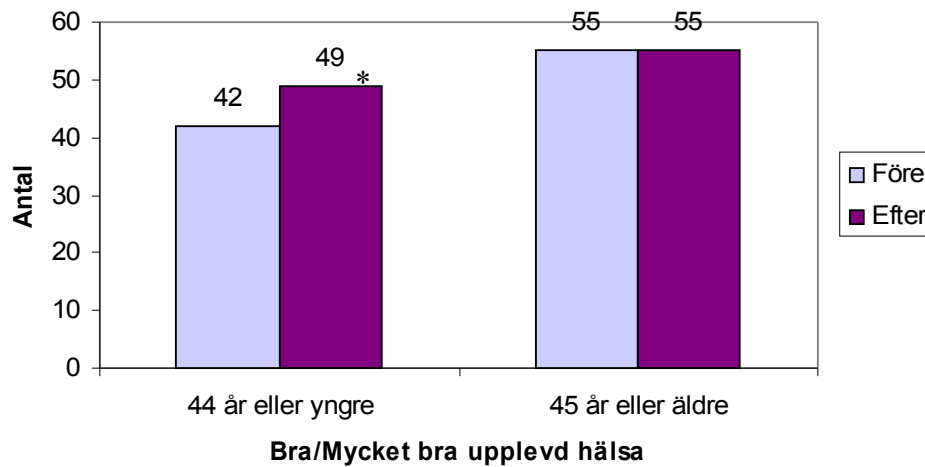
### **Psykisk hälsa**

Från början upplevde 52,2 % att de utsattes för stress på arbetet som de inte mådde bra av. Vid det andra svarstillfället hade minskat till 47 %, det vill säga en minskning med sex personer. När det gäller tid på fritiden så har antalet som svarat att det aldrig eller ibland är svårt att få tiden att räcka till ökat från 81 till 86 personer, från 60,9 till 64,4 %. Dessa skillnader var dock ej statistiskt säkerställda.

### **Fysisk hälsa**

Från början var det 82,1 % som led av smärta och värk, men andelen sjönk signifikant till 74,6 % vid det andra svarstillfället. Det är alltså tio personer färre som upplever smärta. Fyra personer har diagnos hjärt- eller kärlsjukdom vid båda svarstillfällena, det har därmed inte skett någon förändring.

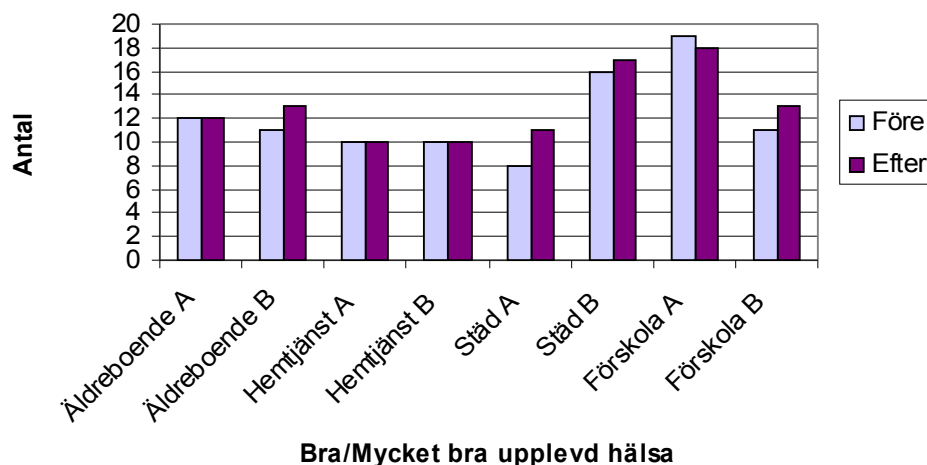
### 5.1.3 Självskattad hälsa utifrån ålder samt arbetsplats



Figur 1. Antalet respondenter, uppdelat på åldersgrupper, som upplever sin fysiska och psykiska hälsa som bra eller mycket bra.

\* = Signifikant.  $P < 5\%$

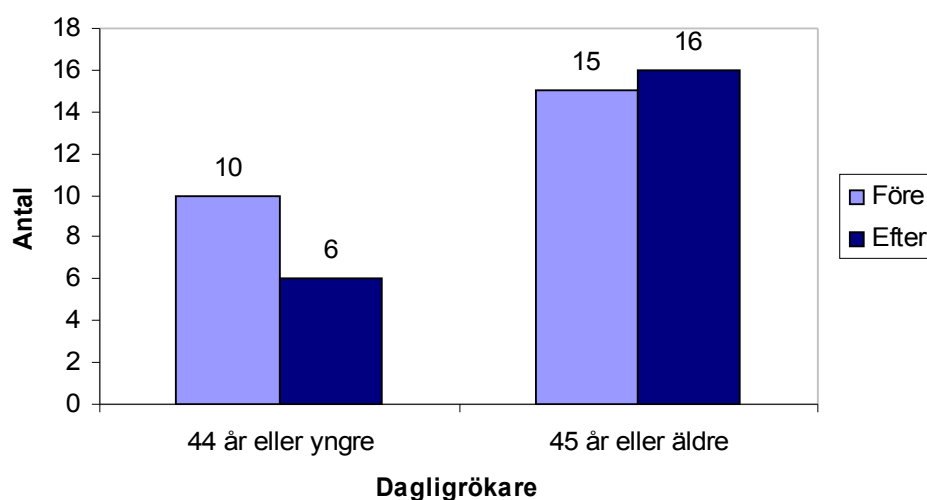
Av de totalt 60 personerna som var 44 år eller yngre hade flertalet svarat att de upplever sig ha en bra eller mycket bra upplevd fysisk och psykisk hälsa, 42 personer vid första svarstillfället och 49 personer vid andra tillfället. Denna skillnad var dock ej statistiskt säkerställd. Av 74 personer som var 45 år eller äldre svarade 55 individer sig ha bra eller mycket bra upplevd hälsa. Efter insatsen hade antalet inte förändrats i denna grupp. Att vi har signifikans och att p-värdet är  $< 5\%$  betyder att det går att påvisa att det finns en genomsnittlig skillnad i upplevd hälsa före och efter projektet, för den yngre åldersgruppen.



Figur 2. Antal individer som upplever sin fysiska och psykiska hälsa som bra eller mycket bra, uppdelat på arbetsplats.

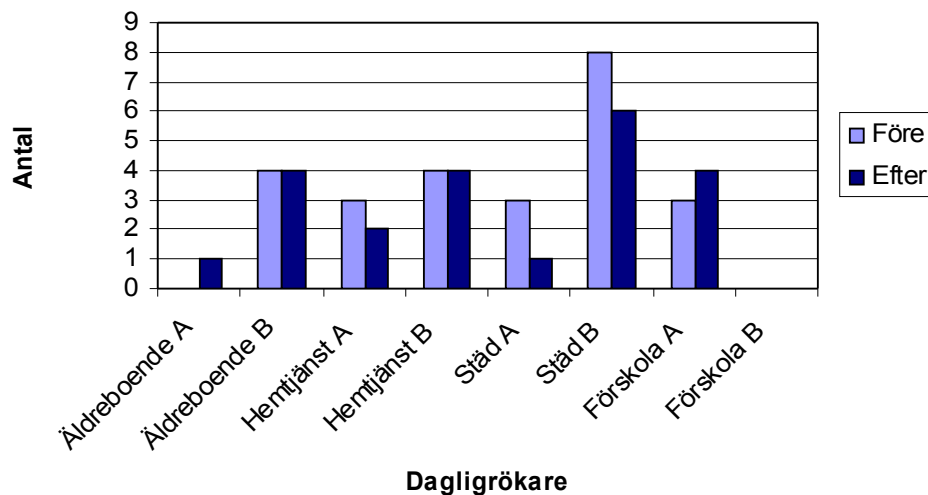
På tre av arbetsplatserna har det inte skett någon förändring i självskattad hälsa. Äldreboende B, båda städgrupperna samt Förskola B har fler i sin personal som upplever sig ha bra/mycket bra hälsa efter projektet i förhållande till de första enkätsvaren. Städgrupp A har förbättrats mest, med tre personer fler än förut. I ett av fallen, på Förskola A, har antalet med bra/mycket bra upplevd hälsa minskat från 19 till 18 personer. Inga av dessa skillnader var dock statistiskt säkerställda.

#### 5.1.4 Rökvanor utifrån ålder samt arbetsplats



Figur 3. Antalet personer som röker dagligen, uppdelat på åldersgrupper.

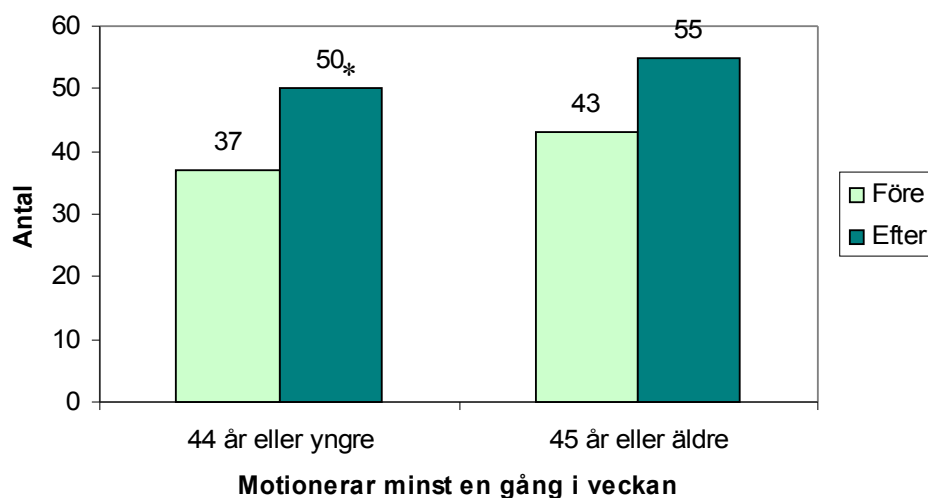
Av dem som var 44 år eller yngre hade 50 personer svarat att de inte rökte dagligen och tio personer hade svarat att de rökte dagligen. 74 personer var 45 år eller äldre och var fördelade på så sätt att 59 personer svarat att de ej rökte dagligen och 15 personer svarat att de rökte dagligen. På efterenkäterna gick att avläsa att de som var upp till 44 år hade gått från tio dagligrökare till sex stycken. Denna skillnad var dock ej statistiskt säkerställd. Åldersgruppen 45 år eller äldre hade däremot ökat med en person i antal dagligrökare.



Figur 4. Antalet respondenter som röker dagligen, uppdelat på arbetsplats.

Skillnaderna före och efter då det gäller rökvanor på olika arbetsplatser ser ut på följande sätt: På ett äldreboende är det en som börjat röka dagligen. På ena hemtjänsten är det en som slutat röka. Bland städpersonalen är det sammanlagt fyra personer som inte längre är dagligrökare. Slutligen är det en ur förskolepersonalen på Förskola A som börjat röka dagligen. P-värdet är  $> 5\%$ , vilket betyder att det inte går att påstå att det finns någon genomsnittlig skillnad i rökvanor före och efter insatsen, för de olika arbetsplatserna.

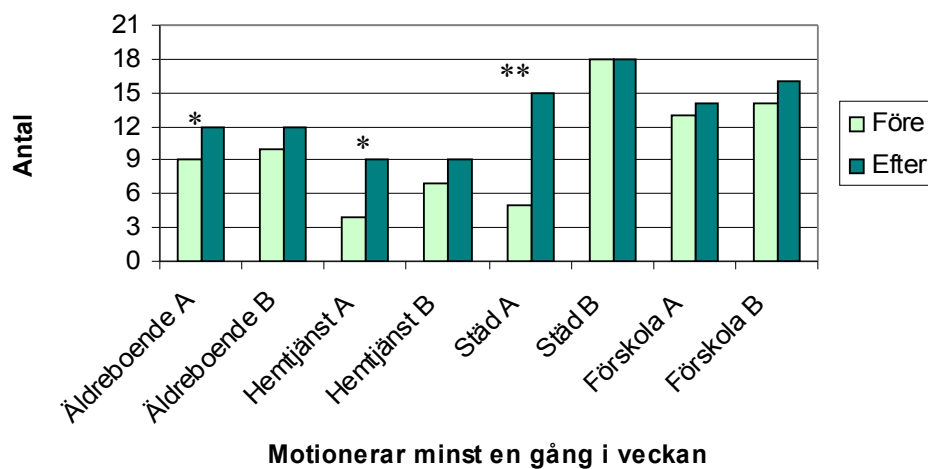
### 5.1.5 Motion utifrån ålder samt arbetsplats



Figur 5. Respondenterna som motionerar, uppdelat på åldersgrupper.

\* = Signifikant. P < 0,1 %

Vid andra svarstillfället är det 50 av 60 personer som är 44 år eller yngre som motionerar minst en gång i veckan, en ökning på 13 personer från första tillfället. Även hos den äldre åldersgruppen har det skett en ökning hos de motionerande, från 43 till 55 personer av sammanlagt 74 individer. Att vi har signifikans betyder att det går att påvisa att det finns en genomsnittlig skillnad i motionsvanor före och efter projektet, för individerna som är 44 år eller yngre.



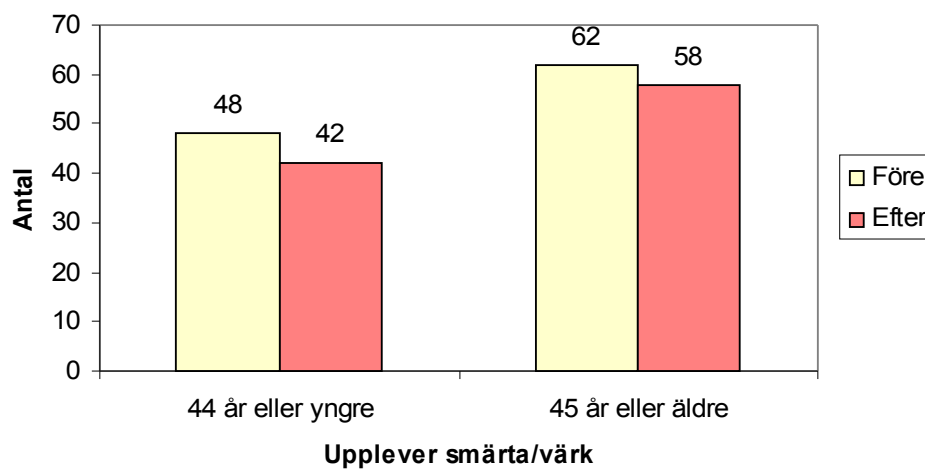
Figur 6. Antal motionerande, uppdelat på arbetsplatser.

\* = Signifikant. P < 5 %

\*\* = Signifikant. P < 0,1 %

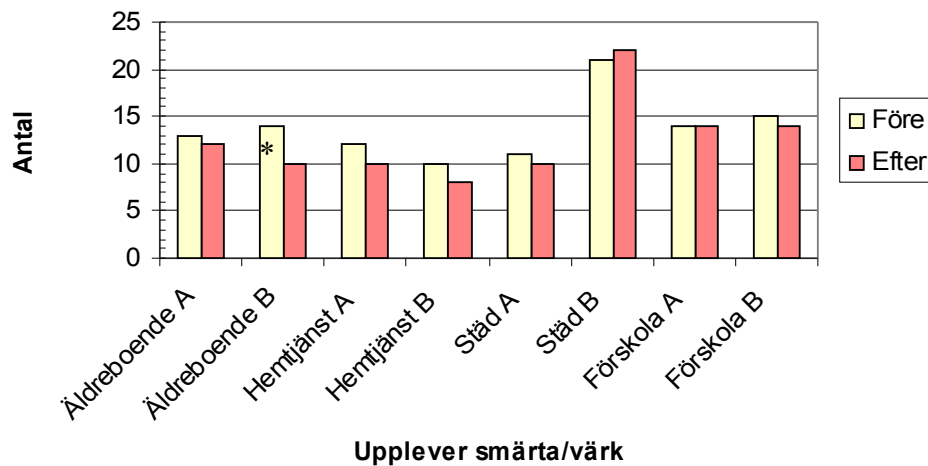
Den största förändringen i motionsvanor står Städgrupp A för. Gruppen har gått från fem motionerande till att samtliga 15 gör det minst en gång i veckan. Hemtjänst A har ökat antalet motionerade från fyra till nio personer, av totalt 13 personer. De övriga arbetsplatserna har även de förbättrat resultatet, utom Städgrupp B som inte har förändrats något. Vi kan påvisa att det finns en genomsnittlig skillnad i upplevd smärta/värk före och efter insatsen, för Äldreboende A, Hemtjänst A samt Städgrupp A.

#### 5.1.6 Upplevd smärta/värk utifrån ålder samt arbetsplats



Figur 7. Respondenterna som upplever smärta/värk, uppdelat i ålderskategorier.

Före insatsen upplever 48 av samtliga 60 personer som är 44 år eller yngre smärta/värk. Dessa har minskat med sex personer till 42, enligt efterenkäten. 62 personer vid det första svarstillfället, i den äldre åldersgruppen, hade även de blivit färre till andra svarstillfället, då de var 58 personer.



Figur 8. Antalet individer som upplever smärta/värk, uppdelat på arbetsplatser.

\* = Signifikant. P < 5 %

Flertalet av arbetsgrupperna har förbättrat resultatet angående upplevd smärta/värk. Förskola A har dock varken förbättrats eller försämrats och Städ B har försämrats något. De övriga sex grupperna som förbättrats har alla en eller två personer färre som upplever smärta/värk vid projektets slut. P-värdet är < 5 %, vilket betyder att det går att påstå att det finns en genomsnittlig skillnad i upplevd smärta före och efter insatsen, för Äldreboende B.



## 5.2 Ergometercykeltest

113 personer har utfört ergometercykeltest vid båda tillfällena och det är resultatet från dessa som redovisas nedan. 112 personer är kvinnor och en är man. Av de 113 personerna är 51 (45,2 %) individer 44 år eller yngre, samt 62 (54,9 %) individer 45 år eller äldre, vilket är samma proportioner som på enkätstudien. Ingen åldersgrupp har alltså större bortfall än den andra.

*Tabell 3. Resultat vid ergometercykeltest*  
Siffrorna anger medelvärde och (standardavvikelse) där så uppges, annars antal och (procent).

<b>Vikt</b>	<b>Före</b>	<b>Efter</b>
Medelvikt (Std.)	70,7 (14,0)	70,7 (13,5)
<b>BMI</b>		
Medelvärde (Std.)	26,4 (4,9)	26,4 (4,8)
Undervikt	1 (0,9)	1 (0,9)
Normalvikt	50 (44,2)	50 (44,2)
Övervikt	39 (34,5)	39 (34,5)
Fetma	23 (20,4)	23 (20,4)
<b>Syreupptag (l/min)</b>		
Medelvärde (Std.)	2,1 (0,5)	2,2 (0,5)*
<b>Syreupptag i förhållande till vikt (ml/min•kg kroppsvikt)</b>		
Medelvärde (Std.)	29,9 (7,9)	31,6 (7,5)*
under 35 ml/min•kg kroppsvikt	88 (77,9)	83 (73,5)
över 35 ml/min•kg kroppsvikt	25 (22,1)	30 (26,5)

\* = Signifikant. P < 0,1 %

### Vikt

Deltagarnas medelvikt är densamma vid båda mättillfällena.

### BMI

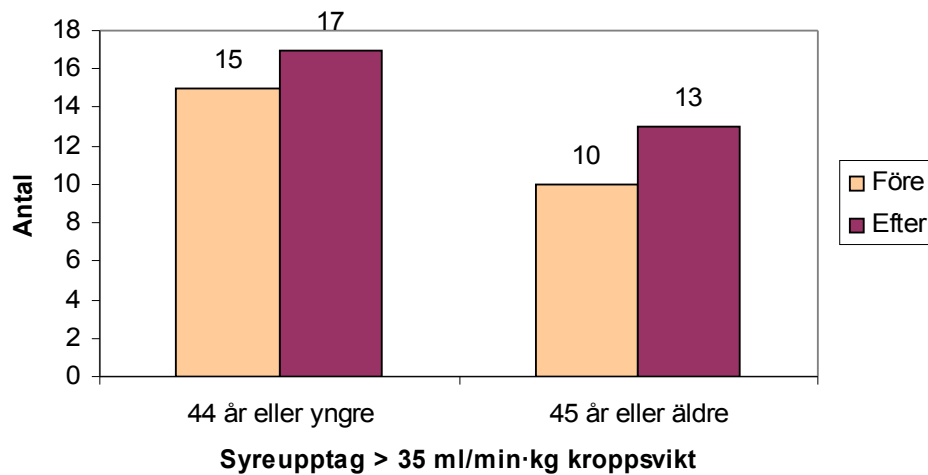
BMI-värdet har inte förändrats något. Flera personer har gjort små förändringar, men detta är inget som påverkar hela gruppen. Man ser att 34,5 % är överviktiga och 20,4 % har fetma. Sammanlagt betyder det att 54,9 % ligger över ett önskvärt BMI.

### Syreupptag

Syreupptaget visar en signifikant skillnad med en genomsnittlig ökning från 2,1 l/min till 2,2 l/min. Syreupptagningsförmågan per kilo kroppsvikt har också förändrats, signifikant, i positiv riktning, från ett genomsnitt på 29,9 ml/min•kg till 31,6 ml/min•kg. Vid första mättillfället

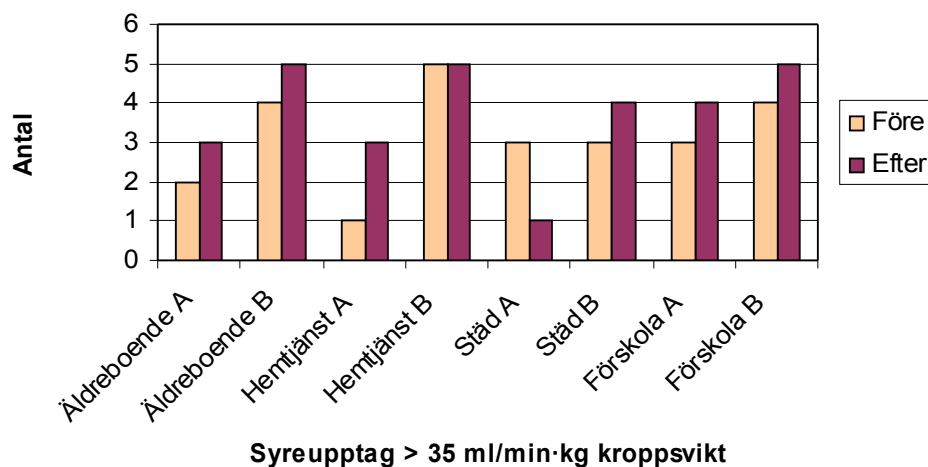
uppnådde 25 personer den rekommenderade lägsta syreupptagningsförmågan på 35 ml/min·kg. Vid andra mättillfället var det 30 personer som uppnådde detta värde.

### 5.2.1 Syreupptag utifrån ålder samt arbetsplats



Figur 9. Antal individer som uppnår rekommenderat syreupptag i relation till kroppsvikten vid första mättillfället, uppdelat på åldersgrupper.

Förändringen är jämt fördelad på personer 44 år och yngre samt 45 år och äldre. Det är större andel av de yngre som når det rekommenderade syreupptagningsvärdet, 17 av 51 personer mot 13 av 62 personer som är 45 år eller äldre.



Figur 10. Antal personer som uppnår rekommenderat syreupptag i relation till kroppsvikten vid första mättillfället, uppdelat på arbetsplatser.

De flesta arbetsplatser har förändrats på så sätt att det är en person mer vid andra mättillfället som har uppnått det rekommenderade värdet på 35 ml/min·kg kroppsvikt. Arbetsplatserna som utmärker sig något är Hemtjänst A, där det är två personer som kommit över det rekommenderade värdet samt Städgrupp A, som är den enda gruppen där en försämring har skett. Hemtjänst B ligger på samma uppdelning vid båda mättillfällena.

## 6 DISKUSSION

### 6.1 Resultatdiskussion

Projektet Prio Promotion har genomförts i Hässleholms kommun under en 4-6 månaders period, i syfte att stärka friskfaktorer på olika arbetsplatser. Prio Promotion innefattade insatser i form av ergometercykeltest, föreläsningar angående fysisk aktivitet samt stress, stavgångs- och styrketränningsinstruktioner och en motionstävling.

Vid en jämförelse av levnadsvanorna före respektive efter insatserna finner vi att motionsvanorna blivit bättre då det var fler som motionerade minst 1 gång/vecka, likaså hade syreupptaget förbättrats. 31 % fler motionerade en gång i veckan och det var 20 % fler som kom upp till ett syreupptag på 35 ml/min·kg kroppsvikt. Rökvanorna förändrades inte i någon större utsträckning under projektets gång. Förändrades gjorde däremot antalet personer som upplevde smärta och värk. Efter projektet var det 9 % färre som kände smärta jämfört med före insatserna. Vidare skedde det en ökning på 7 % hos dem som ansåg sig ha bra eller mycket bra hälsa.

Om deltagarantalet i projektet hade varit högre, men haft samma skillnader, så hade vi oftare fått ett signifikant resultat.

Avsaknad av en kontrollgrupp gör att det inte går att utesluta att skillnaderna beror på en allmän trend i Hässleholms kommun, till följd av andra orsaker som inte är förknippade med Friskvårdsprojektet. En nackdel med projektinsatser är att vi inte vet hur varaktiga de nya vanorna kommer att vara, om det krävs att projektet fortsätter eller om deltagarna är så pass stimulerade att de fortsätter på egen hand att upprätthålla dessa nya vanor. Projektarbetarna för Prio Promotion har till en viss del inspirerats av Gislaveds kommun, vars lokalvårdare uppvisade väldigt höga sjuktal, 18 dagar per år. Under ett friskvårdsprojekt fick lokalvårdarna motionera en timme/vecka på betald arbetstid mot att de också motionerade en timme i veckan på sin fritid. Tre år senare hade sjuktalet sjunkit till 7 dagar per år (Albinsson V, personlig kommunikation, 2006).

#### 6.1.1 Självskattad hälsa

Den självskattade hälsan är naturligtvis ett subjektivt mått som påverkas bl a av personlighetsegenskaper. Fördelen är att man fångar upp ohälsa som inte är tillräcklig för läkarbesök, sjukskrivning o s v. 72 % av kvinnorna och 77 % av männen i landet anser att de har

god eller mycket god hälsa (Socialstyrelsen, 2005). 73 % av personerna i vår undersökning säger samma sak vid första tillfället. Då vi har 98 % kvinnor i undersökningen kan vi säga att deltagarna låg på samma nivå som riksgenomsnittet. Efter projektet däremot så hade deltagarna med god eller mycket god hälsa ökat till 78 %, en bit över genomsnittet alltså, dock är det endast för den yngre åldersgruppen som ökningen är statistiskt säkerställd. Det finns troligtvis många anledningar till ökningen. Utöver de tänkta effekterna av projektet, så kan projekt av den här typen ha psykologiska effekter, som att det sociala nätverket stärks och att arbetsmiljön blir trevligare.

### 6.1.2 Rökvanor

Hela deltagargruppen låg lite över riksgenomsnitt vid starten av projektet och efter projektet låg deltagarna lite under genomsnittet, men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Dessutom känner vi inte till hur varaktiga rökstoppen blev. Minskningen kan möjligen vara en effekt av projektet, även om det inte var någon av insatserna i Prio Promotion som direkt berörde ämnet. Det skulle också kunna vara en effekt av kommunens satsning på ”tobakslutargrupper”. En sak som är anmärkningsvärd, med tanke på att frågan inte är ställd på något sätt som är lätt att missuppfatta, är de tre personer som gått från ”ej rökare” till ”f.d. rökare” samt ”feströkare”. Att övergå till ”f.d. rökare” kan bero på slarvig genomläsning vid första tillfället, eller rent av att personen har börjat röka under perioden och sedan hunnit sluta igen, vilket verkar mindre troligt.

### 6.1.3 Motionsvanor

Största positiva förändringen i samband med projektet verkar vi hitta här, på motionsvanorna. Det är också denna del man har koncentrerat sig på i projektet Prio Promotion genom stegtävling, föreläsningar om fysisk aktivitet m.m. Andelen deltagare som motionerade regelbundet ökade från 60 till 80 %, vilket är en säkerställd skillnad från projektets början. Gruppen kom alltså en bra bit över riksgenomsnittet som de låg vid från början och anledningen kan vara just ökad kunskap genom Prio Promotion. Det är svårt att veta hur länge effekten sitter i då det gäller just motionsvanor. Det kanske krävs att gruppen fortsätter gemensamt, eller så fortsätter individerna med sina nya motionsvanor på egen hand.

Vardagsmotionen hade inte förändrats under insatsens gång och detta är något som borde åtgärdas, vid ett fortsatt preventivt arbete, för att förebygga flertalet sjukdomar som drabbar vårt samhälle, i takt med vårt stillasittande. Att tre personer ur städgrupperna svarat att deras vardagsmotion inte uppgår till 30 min/dag beror eventuellt på missförstånd, eftersom personerna

inte hade någon ledningstitel och frågan inkluderar just städning. Kanske trodde man att det gällde på fritiden?

#### 6.1.4 Psykisk hälsa

Ungefär hälften ansåg att de upplevde negativ stress på jobbet, vilket är en relativt hög andel. En liten förbättring skedde under projektets gång. Stress på arbetsplatsen kan ses som en varning om att arbetsmiljön inte gynnar hälsan. Eftersom stress är svårdefinierat kan det vara av värde att se på stress ur olika perspektiv. För att få ner den negativa stressen räcker det förmodligen inte med att personerna lär sig hantera stress, då de organisatoriska orsakerna till stressen finns kvar. Större förändringar kan troligen ske genom att förbättra arbetets upplägg såsom fördelning av arbetsuppgifter, möjligheter till utveckling, förebygga belastningar och andra hälsorisker o s v.

#### 6.1.5 Fysisk hälsa

Gruppens BMI-värden hade inte förändrats under projektet. Vad vi däremot kan se är att värdena var väldigt höga. 55 % var överviktiga/hade fetma, vilket är betydligt högre än genomsnittet i landet. Övervikt innebär många risker och för att bromsa den här viktökningen krävs vidare åtgärder på arbetsplatserna, för att öka vardagsmotionen och att få personer att tillägna sig bättre kostvanor.

Att så många lider av värk kan ha sin förklaring i flera bakomliggande orsaker som stress och övervikt, men det kan också förklaras med arbetsuppgifter som tunga lyft eller monotona rörelser. Orsakskedjan är svår att klargöra. Det kan vara så att man inte kan/vill vara på arbetsplatsen för att man har ont eller har man ont för att man inte trivs på arbetsplatsen. Det kan också vara så att man får ont av att lyfta tungt eller tvärtom, att man inte kan lyfta tungt för att man har ont i ryggen. Efter projektets gång har man fått ner antalet personer med värk, som ändå ligger högt. Denna förbättring kan vara en positiv effekt av förändringar i fysiska förhållanden som gyminstruktioner och bättre motionsvanor, eftersom det trots allt är så att tränade muskler arbetar bättre än svaga o s v.

#### 6.1.6 Ergometercykeltest

De nya motionsvanorna visar resultat även här, då det gäller konditionen och syreupptaget. Även om testet inte var uttröttande var det utifrån det som man sedan kunde beräkna den maximala fysiska kapaciteten (konditionen), som brukar ligga på 2,5 till 7 liter syre per minut (YFA, 2003). Vår grupp gjorde en förbättring under insatsens gång och genomsnittet låg slutligen på 2,2 liter

syre per minut. Syreupptaget i förhållande till kroppsvikten förbättrades också, från 29,9 till 31,6 ml syre/min·kg. Det första ergometercykeltestet kan ha fungerat som en varningsklocka för deltagarna, då det gav en konkret bild av deras kondition, men inte heller här vet vi hur länge effekten kommer att sitta i. Det rekommenderade upptaget ligger på 35 ml syre/min·kg, men för belastande arbeten som våra yrkesgrupper har, rekommenderas ett värde på 45 ml syre/min·kg (Arbetslivsinstitutet, 1999b).

#### 6.1.7 Förändringar utifrån ålder

Den yngre åldersgruppen har förbättrat sina resultat signifikant vad gäller upplevd hälsa och motionsvanor. Rökvanor, upplevd värk samt syreupptag förbättrades också, men ej med statistiskt säkerhet. Flera av de förbättrade variablerna är sådana som förändras med åldern, vilket går att se framförallt på rökvanor och upplevd smärta hos våra respondenter. Vi kan se att personerna 45 år eller äldre har förbättrat sina motionsvanor och att syreupptaget blivit bättre samt att det är färre som känner smärta. Den självskattade hälsan förändrades inget alls och rökvanorna försämrades något under projektets gång. Slutsatsen är att de yngre personerna verkar vara något mer benägna att ändra på sina vanor, då vi inte kan se några signifikanta förändringar i den äldre åldersgruppen.

#### 6.1.8 Förändringar utifrån arbetsplats

Samtliga arbetsplatser har förbättrats på två till fyra områden av de fem som vi tittat närmare på. Hemtjänst A och B, förskola B samt äldreboende B är de grupper som enbart förbättrade sin hälsa. Områdena som de stod still på var olika för de fyra grupperna. Det fanns inga rökare på förskola B och därför kunde det inte ske någon förbättring heller, i övrigt hade förskola B bara positiva förändringar. I motsats kan vi se att förskola A ligger sämst till, då de förbättrade två resultat (motion samt syreupptag), men där lika många resultat försämrades (upplevd hälsa och rökvanor).

Signifikanta förändringar kunde vi se på motionsvanorna hos Äldreboende A, Hemtjänst A samt Stöd A. Upplevd smärta hade också förbättrats signifikant hos Äldreboende B.

Förbättringarna som var relativt jämnt fördelade på arbetsplatserna var syreupptag, upplevd värk och framförallt motionsvanor. Bättre upplevd hälsa och bättre rökvanor kunde bara ses hos hälften av arbetsplatserna.

## 6.2 Metoddiskussion

Den mesta av informationen som analyserna baseras på är inhämtad via enkäter. Några av fördelarna med enkätundersökning framför intervjuer är att utlämnande av enkäter är mindre tidskrävande och att den som besvarar enkäten inte riskerar att påverkas av intervjuarens närvaro samt att svaren blir mer tillförlitliga då alla får exakt samma frågor. Därmed underlättas jämförelser senare. Tekniken med enkätundersökning är passande när den som undersöker redan i förväg vet vad som ska undersökas och därför kan skapa frågor som passar för att erhålla den information som krävs, den är även passande då man vill nå ett större antal personer. Fördelen med slutna frågor är att man försäkras om jämförbarheten i svaren och att analysen av data förenklas (Ejlertsson, 2005). Resultaten från enkäterna kan ha påverkats av vilken årstid, vilken tid på dagen osv som testerna gjordes respektive enkäten fylldes i. Tex kan möjligen en del av skillnaderna i resultat mellan olika arbetsplatser bero på att enkäterna fylldes i under olika delar av året för de olika grupperna.

För att testa tillförlitligheten kan man göra samma undersökning två gånger på samma testpersoner. Om skillnaderna i svaren blir stora så anses enkäten ha låg reliabilitet. Det vill säga, om det inte angår något som kan förändras på kort tid (Ejlertsson, 2005). Ett pilotprojekt utfördes på ett äldreboende, som en del i ett annat projekt, där erfarenheterna sedan användes för att utarbeta Prio Promotion. Stora delar av enkäten användes vid detta pilotprojekt.

En nackdel med enkätundersökningar kan vara risken för missförstånd och feltolkningar (Ejlertsson, 2005). Detta är troligtvis inget större problem i denna utvärdering, då frågorna är tydliga och konkret ställda. De frågor som vi valt att analysera är inte heller av typen känsliga frågor som respondenterna inte gärna vill besvara. Dock är det en del som skrivit ”ibland” intill ifyllda ”ja”, på ja/nej-frågor. Detta hade kunnat vara en egen variabel. Det inre bortfallet är litet, vilket kan tyda på att merparten känner att de hade ett svarsalternativ som passade dem och att enkäten var lätt att förstå. En styrka med enkäterna var att de samlades in från deltagare till projektansvarig, utan mellanhänder, såsom avdelningschefer, vilket skulle kunna ha påverkat svaren.

En god inre validitet karakteriseras av att mätinstrumentet, i detta fall enkät och cykeltest, ger information som täcker hela syftet med undersökningen (Ejlertsson, 2005). Frågorna i enkäten (se bilaga 1) har tagits ifrån Socialstyrelsen, konstruerats utifrån andra frågeformulär, bl a hälsoprofilsbedömningens frågeformulär, samt skrivits av projektansvariga för att passa just



denna enkät (Albinsson V & Karlsson T, personlig kommunikation, 2006). Den gränsdragning som gjordes vid ergometercykeltestet på 35 ml syre/min·kg kroppsvikt är den syreupptagningsförmåga som rekommenderas för att klara av en normal vardag enligt Arbetslivsinstitutet (Arbetslivsinstitutet, 1999b).

Antalet personer som från början hade möjlighet att delta i projektet är okänt, då det har varit upp till cheferna att informera om deltagandet. Därför går det inte att säkert uttala sig om det totala bortfallet. Då alla delar i Prio Promotion varit frivilliga, kan vi tänka oss att de som valt att delta var förhållandevis friska och intresserade samt kanske mer motiverade att ändra sin livsstil än de andra som valt att avstå att delta. Svarsfrekvensen på den andra enkäten var 67 %, vilket innebär ett externt bortfall på 33 % (bortfallet på ergometercykeltestet var 43,5 %). Det enda vi säkert kan uttala oss om är att de som valde att delta till en viss del (d v s bara besvarade första enkäten), generellt sett hade sämre självskattad hälsa, hade större andel rökare, hade en större andel med hjärt-kärlsjukdom samt en högre andel som kände negativ stress på arbetet än de som deltog fullt ut i projektet (d v s svarade på båda enkäterna). Om det är så att de som valt att delta i Prio Promotion generellt sett varit friskare, mindre stressade och mer motiverade till förändring än de som valt att avstå, kan man tänka sig att effekten av projektet skulle ha blivit mindre om man hade fått med alla i insatsen. Detta kan vi inte med säkerhet uttala oss om.

Då antalet individer som deltog i båda enkätundersökningarna sammanlagt var endast 134 personer, finns det inte utrymme att stratifiera materialet i ett flertal grupper. Vi har därför valt att göra subanalyser utifrån en grov åldersindelning på under 45 år alternativt 45 år eller äldre samt på arbetsplatskategori för att studera om det finns skillnader i mönster mellan dessa kategorier. Då det är allmänt känt att såväl hälsa samt levnadsvanor ofta förändras med åldern, vilket man även kan se i våra analyser, har vi valt att när vi jämför olika grupper t ex de olika arbetsplatserna att stratifiera för ålder.

## 7 AVSLUTNING

Syftet med denna uppsats var att beskriva hälsan och hälsorelaterade levnadsvanor bland Prio Promotions deltagare utifrån de enkäter och ergometercykeltest som gjordes före och efter projektet. Frågorna vi ställde oss var: Har hälsan respektive levnadsvanor, bland personalen på de arbetsplatser som varit med i projektet, förändrats? Samt: Vilka grupper har förändrats mest?

Sammanfattningsvis visar resultaten att såväl hälsan som hälsorelaterade levnadsvanor har förändrats efter projektets insatser. De största förbättringarna ses på motionsvanor, syreupptag och upplevd smärta. Andelen som motionerade minst 1 gång/vecka ökade exempelvis, med hela 31 % och andelen som kom upp i rekommenderade syreupptagningsnivåer ökade med 20 %. Däremot sågs ingen större förändring av rökvanor och stressnivåer. De yngre personerna, 44 år eller yngre, var den grupp som var mer benägen att ändra på sina vanor, vilket syntes framförallt på självskattad hälsa och på motionsvanor. Vi såg även vissa skillnader i resultatet mellan olika arbetsplatser. Äldreboende A, Hemtjänst A samt Städ A förbättrade motionsvanorna, medan Äldreboende B hade en signifikant lägre ande personer med upplevd värk efter projektet. Vi kan dock inte uttala oss om långtidseffekten av projektet, d v s att vi vet inte hur varaktiga de nya vanorna kommer att vara. Vidare kan det vara så att de som valt att frivilligt delta i projektet kan ha varit mer intresserade och mer motiverade till förändringar av sin livsstil jämfört med om all personal på de olika arbetsplatserna hade deltagit.

## 8 REFERENSER

### 8.1 Litteratur/Internet

Arbetskyddsmyndigheten (1991). *Mänskligare arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetskyddsmyndigheten.

Arbetslivsinstitutet. (1999a). *Ett friskt arbetsliv*.  
<[http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/ah/1999/ah1999\\_22.pdf](http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/ah/1999/ah1999_22.pdf)> (2006-05-01).

Arbetslivsinstitutet. (1999b). *Mastarbete i kyla*.  
<[http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/arb/1999/arb1999\\_22.pdf](http://ebib.arbetslivsinstitutet.se/arb/1999/arb1999_22.pdf)> (2006-05-02).

Arbetsmiljöverket. (2001). *Negativ stress och ohälsa: inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket. (2002). *Systematiskt arbetsmiljöarbete mot stress*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Creativ Friskvård. (2006). *Hälsoprofilbedömning*. <<http://www.creativfriskvard.se/halsoprofil.htm>> (2006-05-04).

Dagens Samhälle. (2006). Sjukfrånvaro 2005. <<http://www.dagenssamhalle.se>> (2006-05-09).

Ejlertsson G. (2005). *Enkäten I praktiken – en handbok i enkätmetodik*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.

Fysiken. (2006). *Rehab/Friskvård*. <[http://www2.fysiken.nu/index\\_info.lasso?-Token.infoid=7](http://www2.fysiken.nu/index_info.lasso?-Token.infoid=7)> (2006-05-04).

Gustafsson R. Å. & Lundberg I. (red). (2004). *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Winter J. (1992). *Problemformulering, undersökning och rapport*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.

YFA (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet). (2003). *FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

### 8.2 Personlig kommunikation

Albinsson Vidar. Projektledare, Friskvårdscentrum/Personalkontoret Hässleholms kommun. E-post: [Vidar.albinsson@hassleholm.se](mailto:Vidar.albinsson@hassleholm.se)

Karlsson Tina. F.d. Hälsopromotor, Friskvårdscentrum/Personalkontoret Hässleholms kommun. E-post: [Tina.Karlsson@malmo.se](mailto:Tina.Karlsson@malmo.se)

## **9 BILAGA**

Bilaga 1: Enkät



**3. Vilket färdssätt använder du till och från arbetsplatsen och hur många dagar?**

- |                       |                          |                               |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Bil, buss, moped, tåg | <input type="checkbox"/> | använder jag ___ dagar/vecka! |
| Promenad ≤ 2 km       | <input type="checkbox"/> | använder jag ___ dagar/vecka! |
| Promenad > 2 km       | <input type="checkbox"/> | använder jag ___ dagar/vecka! |
| Cykel ≤ 5 km          | <input type="checkbox"/> | använder jag ___ dagar/vecka! |
| Cykel > 5 km          | <input type="checkbox"/> | använder jag ___ dagar/vecka! |

**4. Hur ofta motionerar du i snitt/vecka (ombytt, minst 20 min, svettig och förhöjd puls)?**

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Fler än två gånger  | <input type="checkbox"/> |
| 2 gånger            | <input type="checkbox"/> |
| 1 gång              | <input type="checkbox"/> |
| Aldrig eller sällan | <input type="checkbox"/> |

**5. Vilken/vilka motionsaktiviteter använder du dig framförallt av?**

Vardagsmotion: \_\_\_\_\_  
Motion som gör mig svettig: \_\_\_\_\_

**6. Nämn tre faktorer som skulle förändras för att underlätta för dig att motionera.**

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

**7. Gradera från 1-5 vilka aktiviteter som du vore mest intresserad av att prova/regelbundet utföra. Den mest intressanta sätter du 1 på. Ta inte hänsyn till tex. tids- och utrustningsfaktorer.**

- |                       |     |               |     |
|-----------------------|-----|---------------|-----|
| Gympa                 | ___ | Styrketräning | ___ |
| Simning/vattengympa   | ___ | Stavgång      | ___ |
| Rökavvänjning         | ___ | Promenader    | ___ |
| Jogging               | ___ | Viktminskning | ___ |
| Spinning              | ___ | Cykling       | ___ |
| Annan nämligen: _____ |     |               | ___ |

**8. Upplever du att din muskelstyrka är tillräcklig för dina arbetsuppgifter?**

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

**9. Anser du dig ha goda kostvanor?**

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> |
| Nej | <input type="checkbox"/> |

**10. Hur är dina kunskaper i kost och näringslära?**

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Jag har dålig kunskap | <input type="checkbox"/> |
| Varken eller          | <input type="checkbox"/> |
| Jag har god kunskap   | <input type="checkbox"/> |

### 11. Vilka rökvanor har du?

- Röker mer än ett paket om dagen
- Röker ≤ ett paket om dagen
- Feströker endast
- Jag har tidigare rökt men slutade för \_\_\_ mån/år sedan.
- Jag har aldrig rökt

### 12. Skulle du vilja delta i en "sluta röka grupp" kostnadsfritt på fritiden?

- Ja
- Nej

### 13. Upplever du stress på arbetet som du inte mår bra av?

- Ja
- Nej

### 14. Upplever du att det är svårt att få tiden att räcka till på fritiden?

- Ja, mycket ofta
- Ja, ofta
- Ibland
- Nej, aldrig

### 15. Ange om du har smärta eller värk i någon av nedanstående kroppsdelar.

- Huvud
- Nacke
- Axlar
- Nedre delen av ryggen
- Knän
- Övrigt, ange vad: \_\_\_\_\_

### 16. Fyll i nedan om du har någon av diagnoserna och om du regelbundet intar medicin för dessa.

<u>Sjukdom/riskfaktor</u>		<u>Ja, intar medicin</u>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrigt hjärt/kärl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 17. Har du regelbundna problem med sömnen?

- Ja, minst två gånger / vecka
- Nej

### 18. Vet du vem som är ditt skyddsombud?

- Ja
- Nej