

## ***Hur påverkar en friskvårdssatsning livsstil, hälsa och arbetsförhållanden?***

**En jämförelse mellan två socialförvaltningar undersökta i HAKuL-projektet**

Marianne Johansson

Handledare: Eva Vingård

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs  
Universitet 2003/2004

Marianne Johansson, Arbets- och miljömedicin, Samhällsmedicin, Norrbacka, 171 76  
Stockholm

Tel: 08 517 730 56 reception, Fax: 08 33 43 33

Mail: [marianne.johansson@smd.sll.se](mailto:marianne.johansson@smd.sll.se)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Metod.....	4
Resultat.....	5
Diskussion.....	6
Litteraturförteckning.....	8

## SAMMANFATTNING

Marianne Johansson, Arbets- och miljömedicin, Samhällsmedicin, Norrbacka, 171 76 Stockholm. marianne.johansson@smd.sll.se

Sjukfrånvaron ökar kraftigt i Sverige. Mest har sjukfrånvaron ökat bland kvinnor inom den offentliga sektorn där medelåldern ligger mellan 45-50 år. Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska institutet leder ett forskningsprojekt, HAKuL-projektet (Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting) med målsättningen att identifiera faktorer som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda i kommuner och landsting. Man har tagit fram förslag till modell för ett strukturerat arbete med sjukfrånvaron, för rehabilitering och för förebyggande arbete. Grunddesignen är en prospektiv kohortundersökning där individerna och arbetsplatserna följs under minst tre år. I tre enkäter samlades uppgifter in om den enskilde. Efter baslinjeundersökningen återrapporterades resultaten av enkäterna till de anställda.

I en kommun beslutade ledningen att satsa på ett omfattande friskvårdsarbete för att minska antalet sjukdagar och kostnader och anställde en projektledare, knuten till företagshälsovården, för att leda arbetet. I en kontrollkommun pågick ett sedvanligt utvecklingsarbete men inget av samma grad och art som i interventionskommunen.

Syftet med denna studie var att undersöka om en intervention i form av ett obligatoriskt friskvårdsprogram hade effekt på livsstil, hälsa och arbetsförhållanden. Svaren på enkätundersökningen före och 1,5 år efter interventionens start jämfördes på tre frågor om livsstil (motionsfrekvens, rökning och BMI), tre frågor om hälsa (självskattad hälsa, antalet utan sjukfrånvaro senaste året och graden av upplevd utmattning) samt tre frågor om arbetsmiljö (upplevd fysisk ansträngning i arbetet, god kontroll över arbetet och god stämning på arbetsplatsen).

Det gick att visa att friskvårdssatsningen hade haft effekt på motionsvanorna och även på hälsan med minskad sjukfrånvaro samt minskad upplevelse av fysisk ansträngning i arbetet. Övriga variabler visade ingen signifikant skillnad även om tendenser till förändringar fanns. Interventionsarbetet hade emellertid skapat en positiv anda och man upplevde ökad social gemenskap på arbetsplatserna och även ökat välbefinnande och mera ork. Det är sannolikt att den ökade motionsfrekvensen hade bidragit till detta. Det upplevdes mycket positivt att något gjordes.

Det är viktigt att företagshälsovården får resurser till ny uppbyggnad och får möjlighet att ta ett samlat grepp om sjukfrånvaro, rehabiliteringsprocess och preventionsarbete. En väl fungerande företagshälsovård med kompetens inom medicin och beteendevetenskap får då en viktig roll i samspelet mellan individen och arbetsplatsen och kan bekämpa ohälsa och utveckla ett hälsosamt arbetsliv.

## INLEDNING

Sjukfrånvaron ökar dramatiskt, från 1997 med 9 % av befolkningen i arbetsför ålder till 14 % år 2001. Kostnaderna för all sjukfrånvaro uppgick år 2002 till 120 miljarder kronor, lika mycket som all sjukvård (1). Detta innebär ett hot för hela den svenska ekonomin. Mest har sjukfrånvaron ökat bland kvinnor inom den offentliga sektorn (2). Av arbetskraften i Sverige är 22 % anställda inom kommuner och landsting. Cirka 740 000 personer är kommunalt anställda och cirka 260 000 personer arbetar i landstingen. Majoriteten, drygt 80 %, är kvinnor och medelåldern ligger mellan 45-50 år. Inför de stora pensionsavgångarna och de ökande sjukskrivningarna måste arbetsgivarna i den offentliga sektorn arbeta dels för att behålla den arbetskraft som finns och dels attrahera nya arbetstagare. Ett stimulerande arbetsinnehåll och goda arbetsförhållanden både vad gäller den fysiska och psykosociala arbetsmiljön är viktigt.

Det pågår ett forskningsprojekt, HAKuL-projektet (Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting), som leds från Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet. Projektet stöds av en central referensgrupp med representanter för de stora fackförbunden samt AFA och Försäkringskassaförbundet (3). Sex kommuner och fyra landsting med geografisk spridning över landet har deltagit. Målsättningen för HAKuL-projektet är att identifiera faktorer som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda i kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga. Grunddesignen är en prospektiv kohortundersökning där individerna och arbetsplatserna följs under minst tre år. Projektet startade 1999 med en baslinjemätning i enkätform och har följts av enkäter efter 18 respektive 36 månader. Svarefrekvensen har varit god, vilket gör det möjligt att dra konklusiva slutsatser. I de tre enkäterna samlades uppgifter in om den enskildes hälsa, familjesituation, sjukfrånvaro och sjuknärvaro, sömn och återhämtning, livsstil, individuella fysiska och psykiska faktorer, yrkeskarriär, fysiska exponeringar i arbetet och psykologiska samt sociala arbetsförhållanden.

Syftet med denna studie var att undersöka om ett interventionsprojekt riktat mot livsstilsförhållanden kan påverka dessa och om hälsa och välbefinnande mätt som antal sjukdagar, upplevelse av utmattning, upplevd kroppslig ansträngning i arbetet, hög kontroll i arbetet och god arbetsstämning påverkas av interventionen.

## METOD OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP

Två socialförvaltningar i närliggande kommuner utvaldes för interventionsprojektet, en interventionskommun (I) och en kontrollkommun (K).

I interventionskommunen beslutade den politiska och administrativa ledningen att satsa på ett omfattande friskvårdsarbete med främsta syfte att minska antalet sjukdagar och kostnader. I maj 2002 anställdes en erfaren projektledare, knuten till företagshälsovården, för att leda arbetet och friskvårdsinspiratörer på varje arbetsplats utbildades. Projektledaren skulle planera och organisera så att alla anställda skulle få en timme välanpassad men obligatorisk ledarledd fysisk aktivitet per vecka på betald arbetstid. Lokala gym, badhus och andra friskvårdsaktörer kontaktades. Rökare erbjöds gratis rökavvänjning hos företagshälsovården och de överviktiga kunde få delta i XL-grupper med anpassad fysisk träning och kostrådgivning. Det var viktigt med ett brett utbud av aktiviteter med olika krav på intensitet. Det skulle vara roligt och det skulle vara låg skaderisk. Chefer och beslutsfattare var också delaktiga i träningen vilket var viktigt för trovärdigheten. Företagshälsovården var aktivt delaktig i satsningen.

I kontrollkommunen pågick ett sedvanligt utvecklingsarbete men inget med samma intensitet och dignitet som i interventionskommunen.

Bägge kommunernas anställda genomgick en enkätundersökning före, och cirka 1,5 år efter interventionens start. För att studera om interventionen hade haft effekt jämfördes svaren på tre frågor om livsstil (motionsfrekvens, rökning och BMI), tre frågor om hälsa (självskattad hälsa, antalet utan sjukfrånvaro senaste året och graden av upplevd utmattning), samt tre frågor om arbetsmiljö (upplevd fysisk ansträngning i arbetet, god kontroll över arbetet och god stämning på arbetsplatsen).

## RESULTAT

Något färre svarade på enkäten vid det andra tillfället än efter det första men svarsfrekvensen var vid bägge tillfällena acceptabel. Hur förändringen skett kan utläsas av tabell 1. Alla siffror är angivna i procent.

Antal	Före		Efter	
	I	K	I	K
I	351 (91%)		314 (82%)	
K	322 (89%)		287 (81%)	
Mätt variabel	Före I	K	Efter I	K
* Motion hög+medel	54	51	72	* 53
Motion låg	26	31	19	32
* Ingen motion	20	18	9	* 15
Rökare	28	30	22	26
Övervikt >25BMI	49	50	50	49
0 sjukdagar	32	26	27	* 21
* Utmattad (enl Maslach)	14	13	9	13
God självskattad hälsa	16	19	19	16
* Kroppsligt ansträngande arbete	52	60	44	* 59
** Hög kontroll i arbetet	33	32	41	38
God stämning på arbetsplatsen	78	77	69	76

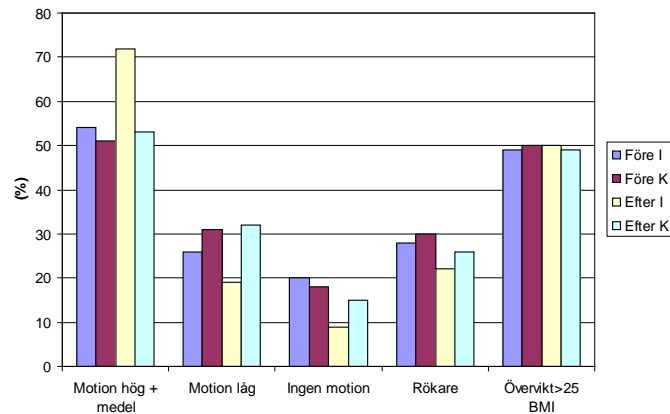
\* i tabellens marginal betyder statistiskt säkerställda skillnader före och efter.

\*\* i tabellens marginal betyder statistiskt säkerställda skillnader i båda orterna före och efter.

\* mellan ortsbeteckningarna betyder statistiskt säkerställda skillnader mellan orterna.

## DISKUSSION

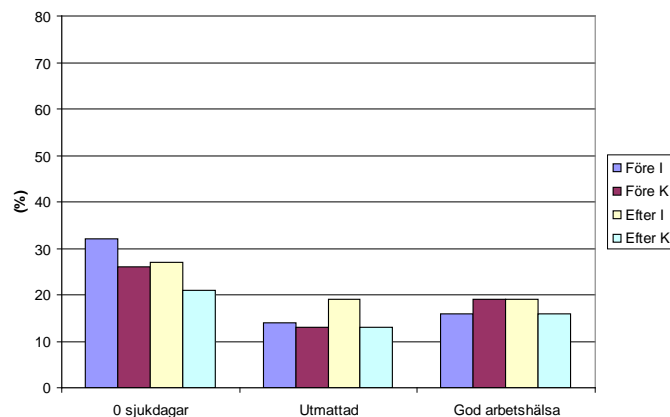
Syftet var att ta reda på om interventionen i form av förändrade livsstilsvanor hade förändrat hälsa och välbefinnande och denna studie kunde bekräfta att motionen hade ökat signifikant. Antalet rökare minskade dock i båda kommunerna men det var ingen signifikant skillnad. Viktminskning förekom inte i någon av kommunerna. (Figur 1)



Figur 1. Andelen som angav förändringar avseende motionsvanor, rökning och vikt. Före I (n=351), före K (n=322), efter I (n=314), efter K (n=287).

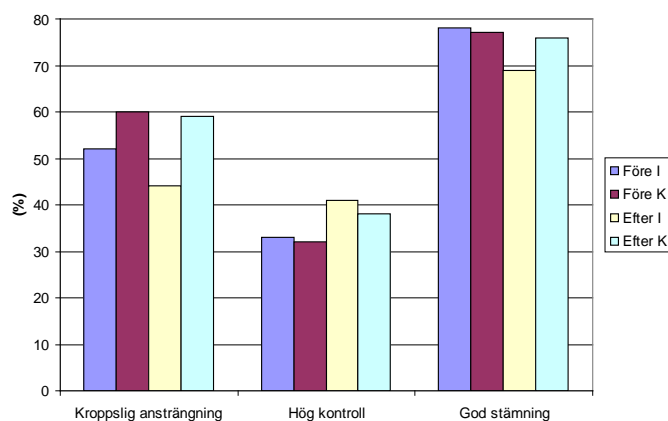
En hög andel av sjukskrivningarna orsakas av sjukdomar där en förbättrad livsstil anses ha gynnsam effekt. Motion har god effekt på hälsan och olika typer av motion förbättrar hälsan på olika sätt och förändringar i en persons livsstil kan påverka arbetskamraters livsstil (4,5). När det genomförs positiva satsningar, såsom vid denna intervention, brukar de först anammas av de som redan är intresserade men sprider sig sedan som ringar på vattnet, som exemplet med det rika utbudet av motionstillfällen. Möjligheten att få genomgå hälsokontroller brukar också upplevas positivt. Trots att det inte fanns någon signifikant viktminskning hade flera personer gått ner i vikt i interventionskommunen, enstaka upp till 20 kilo.

Gällande arbetshälsa hade antalet sjukdagar minskat signifikant i interventionskommunen jämfört med kontrollkommunen. Färre kände av utmattning i interventionskommunen. Något flera i interventionskommunen upplevde god självskattad hälsa och något färre i kontrollkommunen, men där var det ingen signifikant skillnad. (Figur 2).



Figur 2. Andelen som angav förändringar avseende sjukfrånvaro, känsla av utmattning och god självskattad hälsa. Före I (n=351), före K (n=322), efter I (n=314), efter K (n=287).

Beträffande arbetsmiljön hade antalet som upplevde arbetet kroppsligt ansträngande minskat signifikant i interventionskommunen och det var också skillnad mellan kommunerna. De som upplevde att de hade hög kontroll i arbetet hade ökat signifikant i båda kommunerna trots att interventionen endast gjorts i ena kommunen. Trots att den goda stämningen på arbetsplatsen hade minskat något i interventionskommunen, dock ej signifikant, var det intressant nog ett högt antal anställda som upplevde god stämning i båda kommunerna. (Figur 3).



Figur 3. Andelen som angav förändringar avseende upplevelse av kroppsligt ansträngande arbete, hög kontroll i arbetet och god stämning på arbetsplatsen. Före I (n=351), före K (n=322), efter I (n=314), efter K (n=287).

Bortfallet kan ha lett till att man missat statistiskt signifikanta resultat.

Förutom skillnad i motionsfrekvens mellan kommunerna var det signifikanta skillnader i upplevelse av kroppsligt ansträngande arbete och sjukfrånvaro. Dessa skillnader kan vara tecken på att interventionen hade haft effekt. Den ökade motionsfrekvensen kan hypotetiskt ha lett till bättre ork och känslan av att arbetet kändes lättare.

Socialtjänstens arbetsuppgifter omfattar olika typer av vårdarbete, dag och natt, inom hemtjänst och omsorg på servicehus och vårdhem. Man har ansvar för särskild omsorg på både individ- och familjenivå. Det innefattar psykiatri och arbete som personliga assistenter. Det förekommer hela tiden kontakter med vårdtagare som har olika behov. Samtidigt som det är ett psykiskt krävande arbete är det mötena med vårdtagarna som ger arbetet innehåll och mening.

Variablerna valdes utifrån kunskapen att de främsta orsakerna till sjukdom, förutom arv och miljö, är beroende av livsstil och arbetsförhållanden. Livsstilsfaktorer såsom vanor gällande tobak, mat och motion påverkar hälsan. Dagens arbetsförhållanden med de nedskärningar som har ägt rum inom de flesta områden i den offentliga sektorn har upplevts som pressande. För många arbetstagare är dessutom ofta organisationen oklar och så även definitionen av arbetsgruppen och dess ledarskap. Kraven i arbetslivet har ökat med högre arbetstempo, mera komplexa arbetsuppgifter och förtätade organisationer som minskar möjligheten till pauser och återhämtning. Inom vård och omsorg har det genomförts politiska förändringar som,

oavsett syfte, lett till krav på anpassning av individerna. Det har ofta varit obalans mellan fysiska och psykiska krav och individens förmåga och resurser. Detta kan i sin tur leda till stress som ger negativ inverkan både fysiskt och mentalt och idag anses olika typer av kroppsliga sjukdomar vara livsstilsberoende, exempelvis sjukdomar i hjärta och blodkärl, i mag-tarmkanalen, depression och utbrändhet samt smärtsyndrom med mera (6).

Att starta ett interventionsarbete som detta har skapat en positiv anda även om det inte i alla variabler ses signifikant säkerställda skillnader. Man upplevde ökad social gemenskap men också ökat välbefinnande och mera ork. Värken minskade och rörligheten ökade. Sömmen blev bättre och spänningarna lättade. De svårigheter som fanns var både att få in motionstimmen på schemat och att få ut en kompensationsledig timme om man hade tränat på fritiden. Det var också vissa svårigheter att nå ut med information innan man började använda e-post och ibland saknades det instruktörer.

HAKuL-projektet är det största projekt som genomförts med målsättningen att identifiera faktorer som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda i kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga. Man har tagit fram förslag till modell för ett strukturerat arbete med sjukfrånvaron, för rehabilitering och för förebyggande arbete (3).

Det senaste decenniet har företagshälsovården rustats ned och mycket av dess kompetens har försvunnit gällande arbetsinriktad rehabilitering. Företagshälsovården kan utnyttjas bättre om den kan inta en oberoende ställning och kan erbjuda såväl medicinsk, teknisk som beteendevetenskaplig kompetens samt ha en god kvalitet (7). Den kompetensen samt kunskap om arbetsplatsens möjligheter och krav bör byggas upp på nytt för att kunna ta ett samlat grepp om rehabiliteringsprocessen. En väl utvecklad företagshälsovård kan använda HAKuL som modell både för att agera direkt vid sjukskrivningar men även för att delta i det förebyggande arbetet. Det är framför allt i samspelet mellan individen och arbetsplatsen som ohälsa kan bekämpas och ett hälsosamt arbetsliv kan utvecklas (1). Företagshälsovården är bäst lämpad att initiera dylika projekt och har möjlighet till kontinuerlig uppföljning. Det finns dessutom en ekonomisk vinst förutom att skapa en positiv attityd till arbetet. I interventionskommunen bröts den uppåtgående trenden med långtidssjukskrivningar och totalkostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 70 tusen kronor (3).

Om arbete ska främja hälsa och välbefinnande måste kraven i arbetet vara i balans med individens förutsättningar och de anställda måste kunna påverka arbetsvillkoren och få möjligheter att utvecklas i arbetet. Sammanfattningsvis bör företagshälsovården ha mycket att lära av HAKuL-projektet och det är både bråttom och angeläget att agera för att förbättra arbetstagares hälsa och välbefinnande.



## LITTERATURFÖRTECKNING

1. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5.
2. Rehabilitering till arbete. Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen. SOU 2000:78.
3. Vingård E, Josephson M, Stark S, Voss M: Hållbar hälsa i kommuner och landsting. HAKuL. Sammanfattande lägesrapport i december 2002. Karolinska Institutet. Institutionen för klinisk neurovetenskap. Sektionen för personskadeprevention.
4. SOU 2000:91, Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Betänkande från Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 2000.
5. Livsstil – Prestation - Hälsa, LIV-90. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år. Folksam förlag 1993.
6. Währborg P: Stress och den nya ohälsan. Natur och kultur; 2002.
7. Statskontoret (2001): Utnyttja företagshälsovården bättre. Stockholm: Statskontoret 2001:21.