

Studie inom hemvårdsförvaltningen

Slutrapport



HALMSTAD KOMMUN

November - 2014

Innehåll

Sammanfattning

Bakgrund

Metod

Resultat

Diskussion

Författare: Erland Colliander, leg läk, med dr. Proformia Hälsa AB

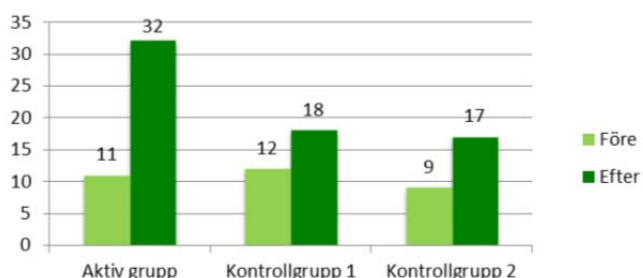
SAMMANFATTNING

Med stigande sjuktal inom hemvårdsförvaltningen i Halmstads kommun, ville man testa om ett koncept med hälsofrämjande ledarskap, kunde förbättra frisk- och sjuknärvaron.

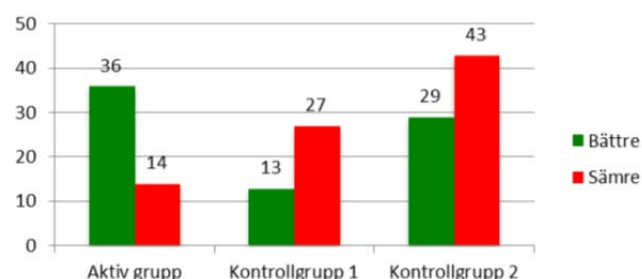
Som testgrupp valdes en av hemtjänstenheterna ut och Chefshälsokonceptet, startade upp. Först fick chefen för enheten svara på en digital risk/ hälsoanalys och få personlig feedback med efterföljande coachande samtal. Syftet var att öka förståelsen, må bra och bli en förebild. I ett *andra steg* fick samma chef (med stöd) genomföra coachande hälso-/livsstilssamtal med sina medarbetare. *Det tredje steget* utfördes i grupp och innebar att hälsoplanen breddades till att även omfatta psykosociala frågor (trivsel, delaktighet m m). Medarbetarna fick träna på arbetstid efter instruktion i Stadshusets gym. Hälsoeffekter utvärderades och resultatet jämfördes med två andra enheter, som utgjorde kontrollgrupper, inom samma förvaltning.

Resultatet inom den aktiva gruppen visar dels att *frisktalet* ökade från 11 % till 32 % och att *fler individer förbättrade sin upplevda hälsa* (36 %) än de som försämrades (14 %). Även kontrollgruppernas frisktal ökade, dock i mindre omfattning. Upplevd hälsa försämrades i båda kontrollgrupperna. *Sömnstörning och trötthet på dagtid minskade* i den aktiva gruppen, medan detta blev mer vanligt förekommande hos medarbetarna i kontrollgrupperna. Samtliga grupper försämrades något avseende värk/smärta från ländrygg och nacke/axlar. Arbetsrelaterad stress ökade inom kontrollgrupperna. I den aktiva gruppen *minskade stressnivån* istället.

Frisktal (0 sjukdag/år)



Upplevd hälsa



I den aktiva gruppen *ökade självskattad prestationsförmåga* avseende kondition med 10 % medan de båda andra grupperna minskade denna (- 27 % respektive - 15 %). *Utnyttjandet av friskvårdstiden ökade successivt* i den aktiva gruppen från 1.6 till 3.5 tillfällen per månad.

Sammanfattningsvis visar denna studie att ett koncept där chefer utbildas och stötts i livsstils- och hälsofrågor, är en *kostnadseffektiv väg för att uppnå ökad hälsa*. Speciellt i en miljö som präglas av relativt hård belastning och som under studietiden inneburit försämring av flera hälsoparametrar för de båda kontrollgrupperna. Satsningen med friskvård på betald arbetstid var uppskattad och utnyttjades i ökande frekvens under året. Metodiken för att öka andelen som tränar styrka behöver dock förbättras, eftersom denna träningsform minskar besvär från nacke och ländrygg.

BAKGRUND

Personer över 80 år står i dag för ungefär hälften av de totala kostnaderna i den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen (Hägglund, 2011). Enligt SCB:s prognos kommer denna åldersgrupp att öka med omkring 45 procent mellan 2020 och 2030 (Hägglund, 2011). För att klara ett högre tryck, med bibehållen kvalitet, behöver vården nya arbetssätt och effektiva metoder. En uppenbar arena för detta är äldreomsorgen, där man har mer eller mindre kontinuerlig kontakt med de äldre.

Äldreomsorg ska, enligt Socialtjänstlagen, inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå detta måste personalen värna och respektera den äldres rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Detta kräver kunskap och ett etiskt förhållningssätt hos medarbetarna. Dessutom är hälsotillståndet hos medarbetarna avgörande för deras förmåga att bidra till uppsatta mål (Williden 2012). Enligt resultaten från en nyligen försvarad doktorsavhandling (Stranz, 2013) har två av fem som arbetar i äldreomsorgen under det senaste året allvarligt funderat på att lämna sitt arbete. Det fysiskt och psykiskt tunga arbetet gör att många dagligen upplever trötthet och värk samt känner sig psykiskt uttröttade. En förbättrad hälsa bland medarbetarna inom hemtjänsten kan därför förväntas positivt påverka kvaliteten i omhändertagandet av de äldre. Dessutom kan hälsosamma medarbetare verka som föredömen för brukarna när det gäller livsstilen (Jonsdottir 2001).

Efter det att sjukfrånvaron under flera år minskat, har den under det senaste året ökat inom flera av Halmstad kommuns förvaltningar och bolag, så också inom hemvårdsförvaltningen. I december 2012 var sjukfrånvaron 27 dagar per tillsvidareanställd. Halmstads kommun har därför initierat denna pilotstudie för att uppnå förbättrad frisknärvaro och sjukfrånvaro inom hemvårdsförvaltningen.

Det aktuella konceptet, som skall testas i denna undersökning, baseras på litteraturen och egna studier (Karlqvist 2005; Colliander 2008) vilka visat på positiva effekter av hälsoarbete i grupp och av en hälso-risk enkät följd av individuell feedback. Detta kompletteras nu med insatser för mellancheferens egen hälsa och förmåga till att stimulera medarbetarna till hälsa i ett koncept benämnt Chefshälsa. Vi avser att, i en pilotstudie, undersöka hur medarbetare inom hemtjänsten påverkas av en process omfattande en hälsoenkät följd av individuell feedback och, vid behov, individanpassat stöd. Den specifika frågeställningen är "Kan ett hälsoprogram bestående av fyra delar som riktar sig till personal inom kommunal hemtjänst förbättra hälsan, minska sjukfrånvaron och öka produktiviteten?"

METOD

Undersökta grupper

I undersökningen deltog chefer och medarbetare vid de tre hemtjänstenheterna Oskarström/Mossen (nedan kallad Mossen), Snöstorp och Tylö. Grupperna lottades så att Snöstorp erhöll programmet Chefshälsa medan Tylö fick hälsoföreläsningar och Mossen utgjorde kontrollgrupp.

Program

Chefshälsa

Programmet Chefshälsa är uppbyggt i tre steg.

Steg 1

Syfte

Syftet med det första steget är att den enskilde chefen skall förbättra sin egen hälsa och sitt välmående. Förutom en ökad arbetsförmåga kan detta innebära ett ökat självförtroende för att vara ett föredöme för sina medarbetare.

Innehåll

Detta steg inleddes med att enhetens chef gjorde en digital hälsoanalys och fick feedback för att förstå sin egen hälsosituation. Chefen fick därefter konsultativt stöd med utgångspunkt från svaren på hälsoanalysen. En handlingsplan skapades med syfte att finna en balans mellan arbetsrelaterad belastning och livsstil. Konkret innebar detta att den arbetsrelaterade belastningen minskades genom att "jobba smartare" och att motståndskraften (hållbarheten) ökades genom förbättrad återhämtning och ökad motion och bättre kost.

Steg 2

Syfte

Att enskilda medarbetare, med stöd av sin chef, skall hitta en livsstil som balanserar arbetets belastningar.

Innehåll

Steg 2 inleddes, cirka 3 månader efter processens start, med att samtliga medarbetare besvarade hälsoenkäten och fick en individuell feedback. Vid ett hälso-samtal, med sin chef, utformades, på samma sätt som i Steg 1, en individuell handlingsplan för varje medarbetare. Vid de inledande samtalen deltog en coach från Proforma som, genom att ge stöd till chefen, ökade samtalens kvalitet.

Steg 3

Syfte

Att gruppen skall utveckla hälsoprocessen på gruppnivå och då med ett större hälsoperspektiv än enbart livsstil.

Innehåll

Detta steg inleddes 6 månader från start genom att det samlade resultatet från medarbetarnas hälsoenkäter presenterades i en rapport. Denna låg till underlag för detta stegs vidgade syn på hälsa. Här togs då arbetsrelaterade faktorer vilka kan påverka hälsan upp. En handlingsplan för gruppen togs fram. Denna del av processen drevs av chefen med stöd av hälsoinspiratörer.

Komponenter i konceptet

Motion på arbetstid

Gruppen Chefshälsa fick i denna undersökning möjlighet att träna på arbetstid i Halmstad kommuns gym i Stadshuset.

Digitalt stödverktyg med hälsoenkät och feedback

En besvarad enkät resulterar automatiskt i en individuell feedback vilken, bland annat, bygger på ett av systemet beräknade index för livsstil, arbetsrelaterad belastning och hälsa. Denna feedback ligger till grund för hälsosamtal mellan chef och medarbetare. Ett digitalt stöd ges i förändringsprocessen. Vid behov även

konsultativt stöd, t.ex. företagshälsovård, för att förebygga/ behandla olika former av ohälsa.

Detta gäller enbart för gruppen inom Snöstorp. De två övriga grupperna besvarade enbart enkäten i syfte att utvärdera studien.

Hälsosamtal

Initialt coachas chefer i ett hälsosamtal vars syfte är att skapa balans mellan livsstil och arbetsrelaterade belastningar. Metodiken bygger delvist på den transteoretiska modellen (Prochaska, 2002) då samtalen utgår från individens motivationsgrad. En handlingsplan skapas och under de inledande tre månaderna följer chefen denna för egen skull med syfte att uppnå bättre balans och en möjlighet att kunna vara ett föredöme för sina medarbetare.

Efter cirka 3 månader genomför cheferna hälsosamtal med samtliga medarbetare, inledningsvis med stöd från coach. Syftet är att jobba för en balans mellan livsstil och belastning.

Lokalt projektarbete

Detta moment inleds efter cirka 9 månader. I grupp vidgas nu arbetet med hälsa utanför livsstilen, för att omfatta t.ex. den psykosociala arbetsmiljön. Arbetet utgår från det nuläge som sammanställs utifrån enkäten vid studiestart. Detta läge uppdateras successivt när resultaten för nya enkäter presenteras. Successivt ökar man insatserna för att höja effektiviteten i arbetet samt att inkludera kunderna i hälsoutvecklingen. Processen utvecklas vid regelbundna arbetsplatsträffar.

Som stöd till cheferna i utvecklingsarbetet utbildas hälsoinspiratörer. Deras roll är att bidra till en hälsomedvetenhet och god livsstil bland medarbetarna. I en pilotstudie påvisades att en "ökad energi" hos medarbetarna var en förutsättning för att man skulle orka ta tag i de "tyngre" frågorna som rör organisatoriska förändringar (Karlqvist, 2005).

Hälsoföreläsningar

Medarbetarna vid Tylö hemtjänst erbjöds tre (?) föreläsningar utförda av Previa med teman om kost, motion och återhämtning/sömn. Föreläsningarna var ... minuter var.

Kontrollgrupp

Medarbetarna vid Mossens hemtjänst utgjorde kontrollgrupp och fick således inga stödåtgärder inom ramen för detta projekt. Medarbetarna fick, vid behov, söka företagshälsovård som vanligt under studietiden.

Utvärdering

Hälsoenkäten Prometern

Hälsoenkäten består av upp till 46 frågor indelade på sex områden. Ingående områden är livsstil, upplevd hälsa, smärtproblem, belastning i arbetet, prestationsförmåga och motivation till förändring. Enkäten besvaras vid tre tillfällen under studien; vid start, efter 6 och 12 månader.

Frågornas konstruktion är sådan att positiva svara alltid befinner sig till höger eller längst ner bland svarsalternativen. Detta är en vedertagen teknik som ökar antalet

”rätta” svar. Det kan dock skapa frågor vid läsning av Resultatavsnittet, varför texterna där har en kommentar där det är nödvändigt.

Konditionstest

Utfördes av Previa på en testcykel där kondition beräknas utifrån hjärtfrekvensen vid en submaximal belastning (Åstrand). Testet gick till på följande sätt.

Belastning valdes med utgångspunkt från aktuellt träningsstatus. För helt otränade valdes en låg belastning, 50-75 Watt. För motionärer 75-125 Watt och för tränande personer 100-150 Watt. Med en takt motsvarande 50 varv per minut mättes ansträngningsgraden enligt Borg. Vid testets slut hade testpersonen 14-15 på Borg-skalan för att då ha uppnått full slagvolym (i hjärtat) och en puls om minst 120 slag/min. Med hjälp av tabeller beräknades kondition uttryckt som maximal syreupptagningsförmåga. Testet vid studiens slut utfördes i möjligaste mån med samma förutsättningar, dvs. i samma lokal, vid samma tid på dygnet, med samma testledare och med samma cykel som vid bastestet.

Träningsfrekvens

På Snöstorp samlades varje månad flitkort in tillsammans med att arbetad tid inrapporterades. På dessa kort noterades utnyttjad friskvårdstid, motsvarande maximalt 5 timmar per månad.

Data från personadatabasen

Från kommunens personaladministrativa system hämtades uppgifter om sjukfrånvaro (antal tillfällen och antal dagar per tillfälle) för perioderna 1 januari 2012 – 31 augusti 2013 och 1 januari 2013 – 31 augusti 2014.

Personliga data

Proformia erhöll tillstånd från var och en inom Snöstorp för att få tillgång till personlig statistik avseende konditionstester, flitlistor samt sjukfrånvaro. Utöver resultaten på hälsoenkäten har Proformia, av integritetsskäl, inte haft tillgång till några personliga data för grupperna Tylö och Mossen.

RESULTAT

I resultatdelen beskrivs utvecklingen i de tre testgrupperna från den inledande enkäten (september 2013) tills studiens avslut, ett år senare (oktober 2014). I Bilaga 1 beskrivs data från Snöstorp och övriga grupper för att bättre kunna förklara mekanismer bakom de förändringar som metodiken gett upphov till.

I Tabell 1 visas de tre grupperna vid studiens start.

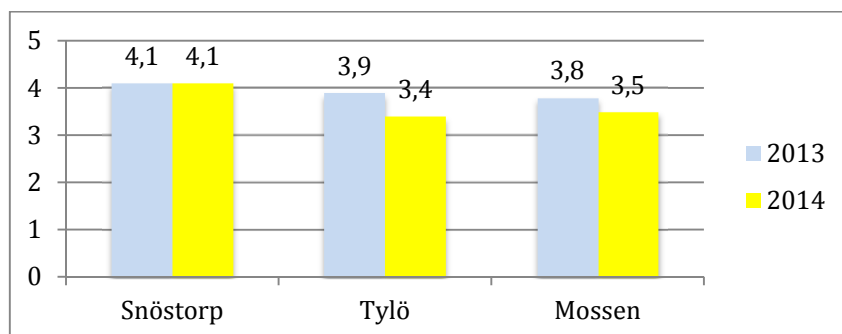
| | Antal ind. | Ålder (år) | BMI | Kvinnor/män |
|----------|-------------------|-------------------|------------|--------------------|
| Snöstorp | 14 (18) | 51 | 24.0 | 12/2 |
| Tylö | 15 (23) | 49 | 29.5 | 14/1 |
| Mossen | 21 (27) | 44 | 25.9 | 21/0 |

Tabell 1. Vid studiens start hade grupperna följande basala data. Antalet individer avser de som svarat på enkäterna vid studiens start och slut (inom parentes anges antalet som var anställda under hela perioden från september 2013 till oktober 2014).

HÄLSA

Upplevd hälsa var, utifrån frågan "Jag upplever ett gott hälsotillstånd" oförändrad inom Snöstorps medan den minskade hos Tylö (13 %) och Mossen (8 %; Figur 1).

Jag upplever ett gott hälsotillstånd

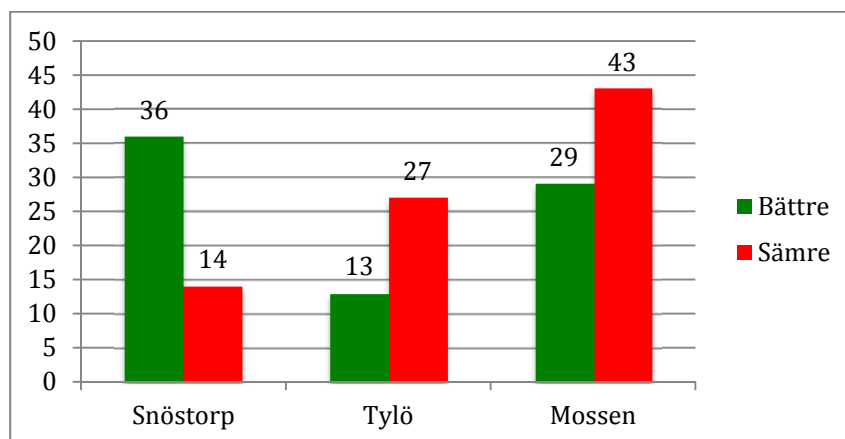


Figur 1 visar medelvärden för upplevd hälsa i de tre grupperna vid studiens start och avslut.

Förändring av hälsan

Det var fler individer under studietiden, inom Snöstorps, som på en direkt fråga, upplevde att deras hälsa förbättrats (36 %) jämfört med de som upplevde en försämring (14 %). För både Tylö och Mossen var detta förhållande det omvända, dvs. fler medarbetare upplevde en försämrade hälsa under studieperioden (Figur 2).

Hur har din hälsa utvecklats under de senaste 12 månaderna?



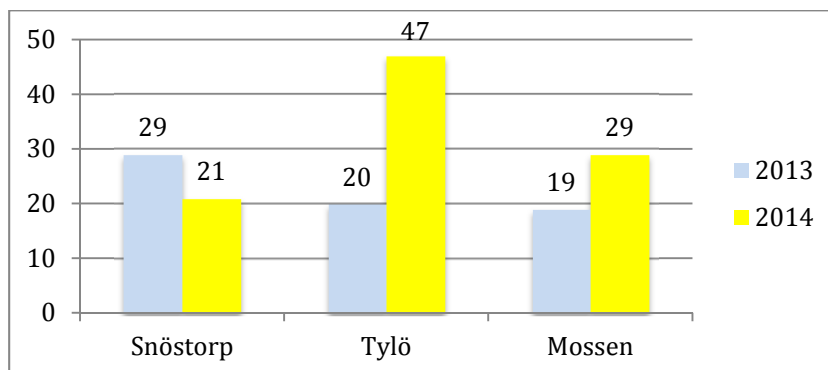
Figur 2 visar andelen hos de tre enheterna som anger att deras hälsa förbättrats respektive försämrats under föregående år.

Här nedan beskrivs hur olika faktorer som kan bidra till förståelsen av ändringar i upplevt hälsostatus utvecklats över tid hos de tre testgrupperna.

Sömnbesvär

21 % av medarbetarna inom Snöstorps hade vid studietidens slut problem med sömnen varje vecka eller mer (Figur 3). Det är något färre än vid studiens start (29 %). På Tylö hade andelen med störd sömn mer än fördubblats från 20 till 47 %. Inom Mossen hade andelen med störd sömn ökat med 10 procentenheter.

Hur ofta har du problem med sömnen?



Figur 3 visar andelen hos de tre enheterna som anger att de har problem med sömnen varje vecka eller oftare.

Trötthet på dagtid

Medelvärdet för "Upplever ej trötthet på dagtid" förbättrades med 2 % inom Snöstorp samtidigt som det försämrades med 4 respektive 12 % inom Mossen och Tylö.

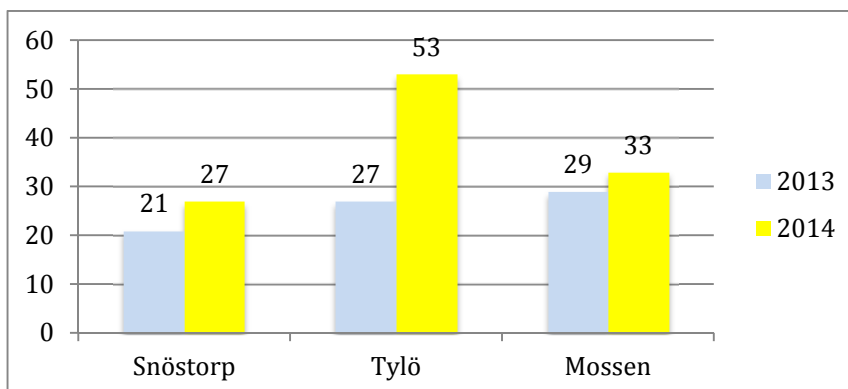
Sömnstörning och trötthet på dagtid

För att uppfylla kriterier för sömnstörning skall man dels sova dåligt och dels vara trött på dagtid. Enkätfrågorna kan ge en indikation om detta förändrats under studietiden. Hos Snöstorp och Mossen var det, vid studiestart, 21 respektive 14 % som sov dåligt flera gånger per vecka och också var trötta på dagtid. Ingen förändring skedde över studietiden. Inom Tylö ökade antalet med denna kombination från 0 till 27 %.

Rörelseapparaten

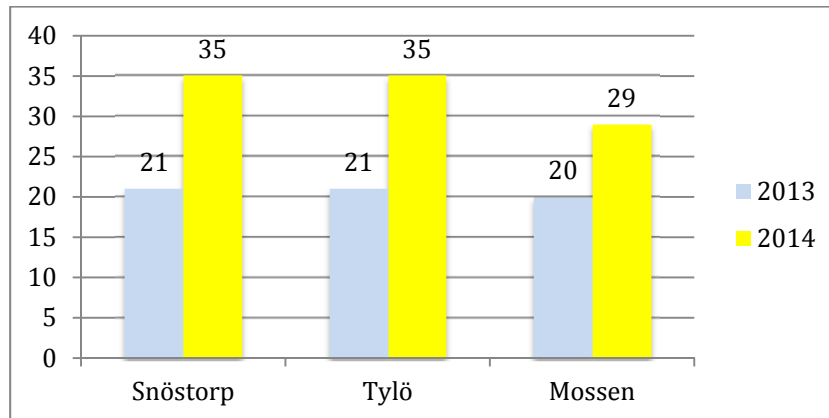
Samtliga grupper upplevde ökade besvär från både nacke/skuldra (Figur 4) och ländrygg (Figur 5). Försämringen var minst inom Mossen och störst inom Tylö.

Hur ofta känner du värk/smärta i nacke, axel, skuldra?



Figur 4 visar andelen i de tre enheterna som anger att de har värk/smärta i nacke, axel eller skuldra varje vecka eller oftare.

Hur ofta känner du värk/smärta i ländryggen?



Figur 5 visar andelen i de tre enheterna som anger att de har värk/smärta i ländryggen varje vecka eller oftare.

För att utvärdera om konditionsnivå kan påverka besvär från rörelseapparaten jämfördes individer, oavsett testgrupp, med en hälsosam skattad prestationsförmåga (n=16) med de som hade lägre förmåga (n=34; tabell 2). Skiljelinjen dras vanligtvis vid att kunna jogga 2 km *utan att stanna*. Obs högre värden är bättre.

| | Hälsosam | Ej hälsosam | Skillnad |
|----------------------|---------------|------------------|----------|
| Nacke/skuldra besvär | 4.1 | 3.3 | + 20 % |
| Ländryggsbesvär | 4.0 | 3.5 | + 12 % |
| | Styrketräning | Ej styrketräning | Skillnad |
| Nackbesvär | 3.6 | 3.6 | ± 0 % |
| Ländryggsbesvär | 4.0 | 3.6 | + 10 % |

Tabell 2. Visar på skillnader avseende nack/skulderbesvär och ländryggsbesvär mellan de som har en hälsosam skattad prestationsförmåga och de som inte har detta samt mellan de som tränar styrketräning och inte gör det.

Besvär från nacke/skuldra respektive ländrygg var mindre vanligt hos de som var motionsaktiva. För de som var aktiva inom styrketräning var det ingen skillnad när det gäller nackbesvär jämfört med inaktiva. Ländryggsbesvär har något lägre frekvens hos de som tränar styrketräning. Dessa data antyder att fynd som gjorts i vetenskapliga studier (Barnekow Bergkvist M, 2006), när det gäller minskade problem från rörelseapparaten hos de som är fysisk aktiva även gäller inom Hemvårdsförvaltningen i Halmstad kommun. Se även i Bilaga 1 för en utvidgad diskussion.

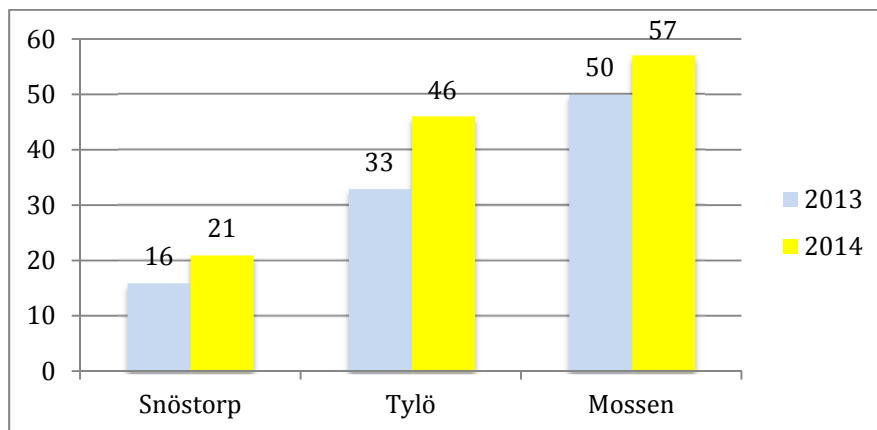
BELASTNING

Under studieperioden ökade andelen av medarbetarna inom Snöstorp som upplevde hög arbetsrelaterad stress från 16 % till 21 %. Ökningen inom Mossen var i samma nivå, medan Tylö ökade mer påtagligt.

En högre andel inom Snöstorp upplevde INGEN arbetsrelaterad stress 72 % (54 %) vid studiens avslut. Inom Tylö och Mossen hade andelen som ej upplevde arbetsrelaterad stress minskat från 27 % till 8 % respektive från 10 % till 9 %.

Totalt sett innebär detta att medelvärdet för denna fråga ökat med 5 % inom Snöstorp medan den minskat med 7 % respektive 2 % för Tylö och Mossen. *Frågans konstruktion gör att en ökning innebär en förbättring av upplevd stress.*

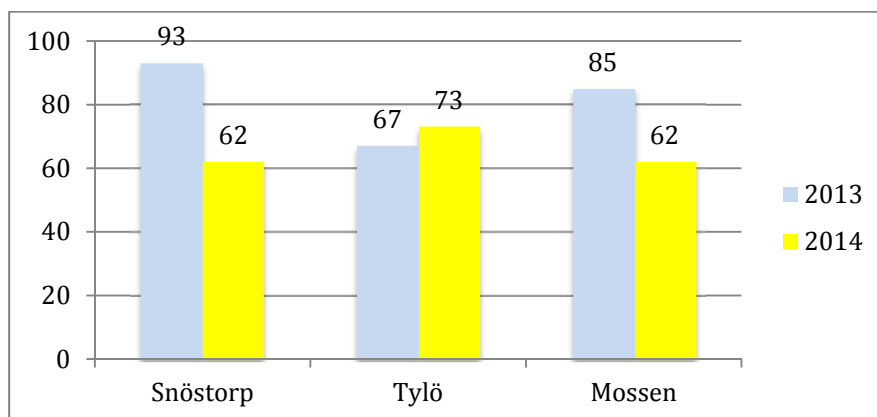
Hög arbetsrelaterad stress



Figur 6 visar andelen som upplever arbetsrelaterad stress varje vecka eller oftare.

En minskande andel 62 % (93 %) inom Snöstorp angav att de ofta arbetade med böjning och vridning i ländryggen (Tabell 7). Även bland Mossens medarbetare minskar detta belastande moment i arbetet 62 % (85 %) medan det var lätt ökat inom Tylö.

Jag har inga uppgifter som gör att jag böjer/vrider i ryggen flera ggr i timmen



Figur 7 visar andelen hos de tre enheterna som att de ofta arbetar med böjd rygg

Andra belastande moment

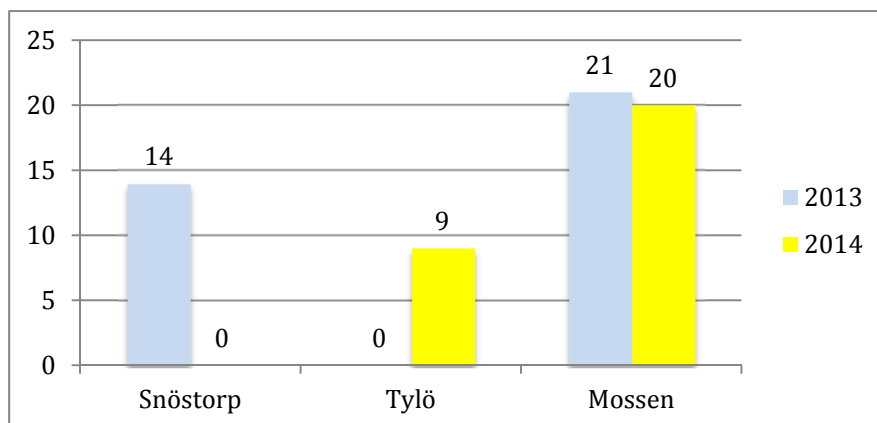
Arbetsmoment som om de överdrivs kan bidra till rörelseapparatproblem är monotont arbete för händer/armar, stillasittande, arbete med händerna över axelhöjd.

| | Monotont arbete | Stillasittande | Över axelhöjd |
|----------|-----------------|----------------|---------------|
| Snöstorp | + 14 % | - 4 % | + 12 % |
| Mossen | + 0 % | + 1 % | + 8 % |
| Tylö | +17 % | + 0 % | + 3 % |

Tabell 3. Procentuell förändring av belastande arbetsmoment. En ökning innebär en förbättring.

Monotont arbete har minskat inom Snöstorp och Tylö, dock från mycket låga nivåer varför det knappast kan ha påverkat hälsan. Inom Snöstorp hade de som uppgav minskat arbete med händerna över axelhöjd inte några problem med smärtor från axlar/nacke varken före eller efter studietiden. Inom Mossen skedde inte heller någon förändring av besvär vid minskad belastning. Eventuellt kan de med smärtor från axlarna mycket väl ha undvikit dessa arbetsmoment.

Min fysiska förmåga räcker INTE till för att klara av mitt arbete



Figur 8 visar andelen hos de tre enheterna som anger att deras fysiska förmåga inte räcker till för att klara av arbetet.

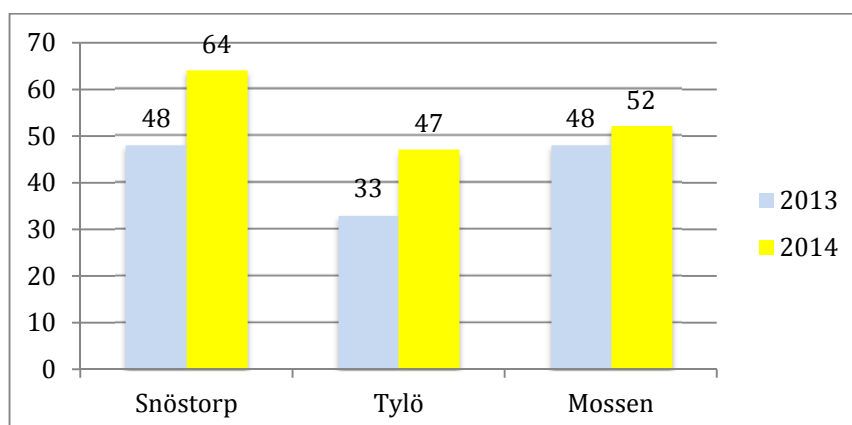
70 % (78 %) av medarbetarna inom Snöstorp angav att deras fysiska förmåga räckte väl till för att klara av arbetet (se också sid). Inom Tylö minskade andelen som instämde med påståendet att den fysiska förmågan räcker väl för att klara arbetet från 79 % till 60 %. Motsvarande förändring inom Mossen innebar en ökning från 60 % till 71 %.

Under studietiden minskade de, inom Snöstorp, som har svårt att fysisk klara av sitt arbete (Figur 8). Samtidigt så såg vi en ökning av detta inom Tylö medan Mossens medarbetare låg kvar på en relativt hög nivå.

LIVSSTIL

Vid studiens start är det samma andel (48 %) inom Snöstorp och Mossen som angav att under minst 5 dagar i veckan, uppnådde sammanlagt 30 minuters aktivitet. Tylö hade vid start en betydligt lägre andel (33 %). Under studiens gång ökar andelen aktiva inom Snöstorp på ett påtagligt sätt till 64 % aktiva. Även Tylö ökar och är vid studiens slut nästan i nivå med Mossen som i sin tur uppvisade en väsentligen oförändrad nivå.

Antal dagar som jag utför 30 minuters fysisk aktivitet



Figur 9 visar andelen hos de tre enheterna som utför 5 dagars fysisk aktivitet per vecka

Motion

Inom Snöstorp angav 21 % (36 %) av medarbetarna att de motionerar 1 – 2 gånger per vecka, medan 21 % (21 %) är aktiva vid 3 eller fler tillfällen. En lägre andel, dvs. 57 % (43 %) var inte regelbundet motionsaktiva. På Tylö och Mossen var andelen motionsaktiva något förhöjd (53 %) respektive oförändrad (43 %).

Hälsosam aktivitetsnivå

Om man ser till den totala fysiska aktivitetsnivån, dvs. fysisk aktivitet och motion, med en hälsosam nivå, så angav medarbetarna vid Snöstorp en mycket hög nivå (93 %) vid studiens start. Denna minskade något till 86 %. Tylö och Mossen ökade något (cirka 5 procentenheter) från avsevärt lägre nivåer (67 % respektive 48 %).

Styrketräning

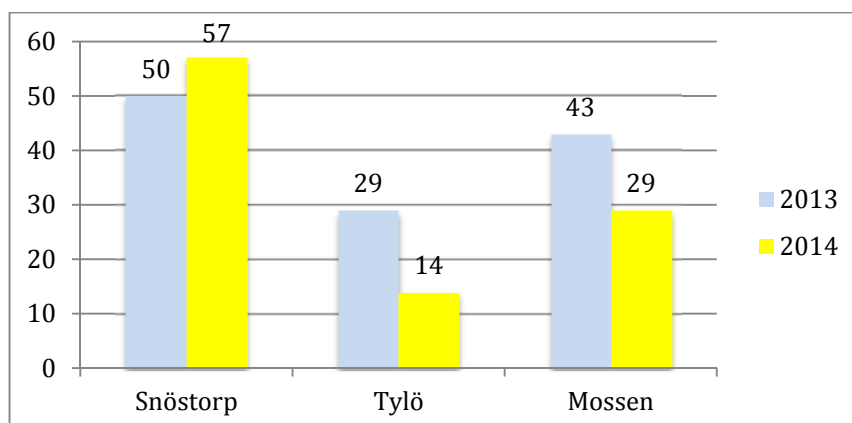
Denna studie har inte kunnat påvisa någon ökning av andelen medarbetare som utför styrketräning. Andelen som utförde denna träning var låg (runt 15 %) i grupperna.

Hälsosam prestationsförmåga

I Figur 10 framgår det att 57 % (50 %), inom Snöstorp, ansåg sig kunna jogga 2 kilometer utan att stanna. Detta innebär att hälften av medarbetarna inom Snöstorp uppskattar att de har en hälsosam konditionsnivå (Colliander E och Karlqvist L. 2007). Inom Tylö och Mossen har denna andel minskat över studiens gång till avsevärt lägre nivåer.

Denna frågeställning anses allmänt som ett mer tillförlitligt mått på motion och prestationsförmåga än frågor om motionsfrekvens. Detta då de senare ofta besvaras utifrån vad man anser att man själv borde prestera och inte alltid utifrån den faktiska frekvensen.

Självskattad god prestationsförmåga



Figur 10 visar andelen hos de tre enheterna som anger att de kan jogga 2 kilometer utan att stanna.

Vikt

Inom Snöstorp svarade 36 % att de hade en BMI över 25, dvs. övervikt. I genomsnitt var BMI-värdet 24.1 vilket var ett oförändrat värde. Inom Mossen och Tylö hade 60 % respektive 80 % övervikt. Här var medelvärdet för BMI 26.2 respektive 27.9.

Rökning

64 % (71 %) inom Snöstorp var icke-rökare medan 21 % rökte dagligen. Andelen icke-rökare inom Mossen var något högre (80 %) medan Tylös medarbetare i lägre andel var icke-rökare (60 %). Inga större förändringar av detta skede över studieperioden.

Proformiaindex

Proformiaindex (Tabell 6) är en sammanvägning av hälsa, produktivitet, belastning och livsstil som används för att klassa deltagarna till rätt behovsnivå i samband med feedback efter hälsoenkäten. De som tillhör *gröna* gruppen har nästan enbart friskfaktorer. I den *gula* gruppen börjar risken för ohälsa öka. I den *orangea* gruppen har man etablerade problem med ökad risk för ohälsa och sjukskrivning är här hög vilket gör att man i högre utsträckning behöver stöd från företagshälsovården.

Proformiaindex utvecklas så att Snöstorp och Mossen under studietiden ökade sin gröna grupp något. Samtidigt var det bara Snöstorp som minskade den orangea gruppen. Inom Tylö skedde en tydlig förskjutning från Grön grupp mot högre risk.

| | Orange | Gul | Grön |
|-----------------|--------|-----|------|
| Snöstorp | | | |
| Före | 21 | 29 | 50 |
| Efter | 14 | 29 | 57 |
| Tylö | | | |
| Före | 20 | 47 | 27 |
| Efter | 47 | 53 | 0 |
| Mossen | | | |
| Före | 14 | 67 | 19 |
| Efter | 19 | 57 | 23 |

Tabell 4 visar fördelningen av riskgrupper före och efter studien.

FRÅN KOMMUNENS PA-DATABAS

FRISK TAL

| | Snöstorp | | Tylö | | Mossen | |
|-----------------|----------|------|-------|------|--------|------|
| | Start | Slut | Start | Slut | Start | Slut |
| Frisktal | 29 | 44 | 20 | 17 | 16 | 24 |

Tabell 5 visar frisktal vid studiens start (130831) respektive slut (140831). Med frisktal avses andelen av de anställda som inte har någon sjukdag under de föregående 8 månaderna.

SJUK TAL

| | Snöstorp | | Tylö | | Mossen | |
|--------------------------|----------|------|-------|------|--------|------|
| | Start | Slut | Start | Slut | Start | Slut |
| Kort sjukfrånvaro | 6 | 5.1 | 8.8 | 7.8 | 7 | 5.5 |
| Lång sjukfrånvaro | 7.8 | 18 | 20.5 | 23.4 | 12 | 20.8 |

Tabell 6 visar sjukfrånvaro under de föregående 12 månaderna mätt vid studiens start (130831) respektive slut (140831). Med kort sjukfrånvaro avses ... Med lång sjukfrånvaro avses ...

Produktivitet

Hälsorelaterad produktivitet mäts ofta med enkätfrågor. I denna enkät har frågor från vetenskapliga studier anpassats till svenska förhållanden (se sid ... för mer detaljer). Inom Snöstorp var produktiviteten oförändrad över studietiden medan den minskade med 10 % inom Tylö och med 1 % inom Mossen.

| | Start | Slut |
|----------|-------|------|
| Snöstorp | 94.6 | 94.5 |
| Tylö | 93.9 | 84,2 |
| Mossen | 89.8 | 89.0 |

Tabell 7 visar medelvärden för hälsorelaterade produktivitet hos de tre testgrupperna vid studiestart och studieavslut.

DISKUSSION

Det viktigaste fyndet i denna undersökning var att en hälsomodell som fokuserar på ökad hälsa och hälsokompetens hos chefer på mellannivå är framgångsrik när det gäller att skapa hälsa i medarbetargruppen. Studien visar att testgruppens hälsa och hälsorelaterade parametrar förbättras samtidigt som de utvecklas negativt i båda kontrollgrupperna.

Hypotesen att en hälsosam fysisk aktivitetsnivå kan kopplas till en mängd olika faktorer som vi förknippar med god hälsa (se Tabell 8). Det tydligaste tecknet på förbättrad livsstil i testgruppen är en förbättrad prestationsförmåga avseende kondition som medarbetarna inom Snöstorp anger att de har. Samtidigt minskade

belastningen i form av arbete, för medarbetarna inom Snöstorp och Oskarström/Mossen med böjd rygg vilket skulle kunna resultera i upplevelsen av att klara av arbetet bättre, rent fysiskt för de inom Snöstorp (se Figur 8). Minskad belastning kan möjligen vara en effekt av att man tänker mer på hur det egna jobbet utförs i en studie som fokuserar på ökad hälsa. Arbetsrelaterad stress, däremot, ökade i alla grupper. Detta är en utveckling som finns inom hemtjänstverksamheter runt om i Sverige, sannolikt som en effekt av ett mer vårdkrävande kunder och tuffa tidsramar för arbetet.

Den undersökta modellen har inte lyckats öka andelen som är aktiva inom styrketräning. Detta vore önskvärt då styrketräning kan förebygga och/eller lindra besvär från både nacke och ländrygg (Barnekow Bergqvist) En faktor som påverkar negativt är sannolikt ett långt avstånd till träningslokalen. För att detta skall bli effektivt kan man kanske arbeta med lokala minigym som ett alternativ. Ett sådant skulle även kunna användas de äldre som besöker hemtjänstcentralen.

Chefernas roll i hälsoutvecklingen är central

Under de senaste åren har intresset för hälsofrågor bland mellanchefer tydligt ökat inom både offentlig och privat verksamhet. Detta som en effekt av en ökad förståelse av kopplingen mellan hälsa och ökad prestationsförmåga. Många chefer vill gärna delta men vågar eller kan inte vara föredömen. De har inte heller kompetens för att driva en hälsoprocess. Med utgångspunkt från detta har konceptet Chefshälsa tagits fram som en vidareutveckling till en metod som är testad i tre studier.

Arbetslivsinstitutet utvärderade effekterna av utbildning av chefer och hälsoinspiratörer på sjukfrånvaro i Botkyrka kommun (Karlqvist, 2005). Totalt 476 medarbetare, fördelade på 28 arbetsplatser, delades in i fyra olika utbildningsgrupper. I en av dessa utbildades och coachades chefer i ledarskap. Efter två år var sjukfrånvaron i gruppen chef/hälsoinspiratör hälften så stor jämfört med i kontrollgruppen. I ett pilotprojekt (Colliander, 2007) testades det webbaserade verktyget som användes i denna undersökning. Totalt 70 % av 450 slumpvist utvalda personer, som använt verktyget längre än ett år, angav att de fått bättre hälsa under det senaste året. I ett annat pilotprojekt (Colliander, 2008), genomfört på Karolinska Universitetssjukhuset, kompletterades ovanstående webbverktyg med en digital hälso-riskenkät och feedbackfunktion. Efter ett år hade andelen som upplevde god hälsa ökat från 20 till 50 %.

En nyligen presenterad undersökning från Karolinska Institutet som utvärderat studier inom området hälsoutveckling bekräftar att den aktuella modellen är vetenskapligt väl underbyggd (Grooten). Man betonar att isolerade hälsoundersökningar ej har något värde för en arbetsgivare. Istället skall en hälsoundersökning följas av hälsofrämjande åtgärder. Exempel på detta är t.ex. individanpassade åtgärder (Goetzel & Ozminkowski, 2008) som fysisk aktivitet (Barnekow Bergqvist 2006; Karlqvist L, 2003) och/eller åtgärder från företagshälsovård (Taimela, 2008; Kwak, 2014). Engagemanget för processen ökar ytterligare när medarbetarna involveras i processen på gruppnivå, t.ex. genom att tillsätta en lokal projektgrupp (Felter, 2013).

I de studier som utvärderats (Grooten) har processen drivits av medarbetare inom företagshälsovård. I den aktuella studien är det istället enhetschefen som haft den

drivande rollen. Fördelarna med detta synes vara flera. Genom att komma in tidigt i ett eventuellt negativt förlopp kan man med begränsade resurser, utan medicinsk kompetens, vända den negativa utvecklingen. Att som vanligt är vänta tills medarbetaren är sjuk och då besöka företagshälsovården för medicinskt stöd och kanske hälsosamtal är ekonomiskt mindre sunt.

En synergieffekt ligger i att cheferna först testar metodiken på sig själva. Det gör att deras situation blir bättre. En upplevd god hälsa ger redskap och resurser att möta vardagen. Den egna hälsan får också betydelse för individernas möjligheter att agera som hälsoskapande ledare t.ex. genom att den egna erfarenheten av både hälsa som ohälsa, stärker ett engagemang och känsla av djupare förståelse för medarbetarnas behov (Åström 2013).

Då effekten förstärks när gruppen arbetar vidare tillsammans (Karlqvist 2005) är detta sannolikt ytterligare en synergieffekt man inte får när man driver processer som dessa med utomstående som processägare. Allt detta utesluter naturligtvis inte att hälsosamtal genomförs av företagshälsovården med medarbetare som är i medicinskt behov av detta. Då processen övergår från en individuell fas till en gruppfas övergår också den successivt från hälsoutveckling till att handla mer om effektivitetsutveckling. Dessa två faser går tydlig hand i hand vilket visades i Botkyrka-studien (Karlqvist 2005).

Slutligen, när Chefshälsa drivs i "skarpt läge" sker dessutom en coaching av grupper med chefer. Detta möjliggör ett erfarenhetsutbyte vilket stärker konceptet ytterligare och gör processen snabbare och sannolikt också mer uthållig över tid.

Begränsningar i studien

Detta är en pilotstudie vilket innebär att den inte utvärderar skillnader i effekt på ett strikt vetenskapligt sätt. Det är dock min uppfattning att resultaten av studien tydligt visar att detta är ett bra koncept. Detta då effekterna nästan fullständigt går åt det positiva hållet i den aktiva gruppen samtidigt som merparten av effekterna utvecklas negativt i kontrollgrupperna. Styrkan är att aktiv grupp och kontrollgrupp återfinns inom samma organisation och inom ett begränsat geografiskt område. Påverkan från yttre faktorer bör därmed ha påverkat grupperna i samma omfattning.

Hälsa som genusfråga

Arbetsbelastning bland anställda inom äldreomsorgen är hög (Karlqvist 2003). En majoritet av de anställda inom äldreomsorgen är kvinnor. Sålunda har en högre arbetsbelastning hos kvinnor jämfört med män ofta använts som en förklaring till en högre sjukfrånvaro hos kvinnor än hos män (Hooftman 2004). Detta stöds inte av studier, där män och kvinnor har utsatts för samma last, där män har haft en större risk att drabbas av belastningsskador (Hooftman 2009). I en nyligen publicerad rapport från det svenska Arbetsmiljöverket visade det sig att förmågan att påverka de egna uppgifterna är lägre inom äldreomsorgen än i mansdominerade tekniska sektorn i en kommun (Arbetsmiljöverket 2014: 3). Detta kan vara en förklaring till könsskillnader i muskuloskeletal besvär och sjukfrånvaro. En annan möjlig förklaring till att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män är att kvinnor har högre grad av obetalt arbete på fritiden. Detta resulterar i mindre tid för återhämtning och för fysisk aktivitet som både kan förebygga belastningsbesvär (Thiele Schwartz 2008).

Nästa steg

Inom hemtjänsten har man idag väsentligen två faktorer som kan ha en negativ påverkan på medarbetargruppen. Hög vårdtyngd och hög stress på grund av snäva tidsramar. Så här långt kan effekterna på dessa parametrar kort beskrivas så här:

Ökat välmående i personalgruppen

- Minskad stress
- Bättre sömn
- Minskad trötthet
- Ökad prestation
- Ökade frisktal

Ovanstående innebär att kunder/boende blir mer nöjda, mindre oroliga etc. På sikt kan kontinuiteten förväntas öka.

Konceptet Chefshälsa har tre steg. I den aktuella studien testades de två första. I ett tredje steg bör man arbeta mer med att jobba smartare och därmed leverera samma jobb men till en mindre ansträngning. Inom hemtjänsten kan detta specifikt innebära att man utvecklar det befintliga konceptet med hälsoinsatser för kunder/boende, t.ex. ökad fysisk aktivitet. Detta kan leda till minskad vårdtyngd genom att kunderna får

- Minskad vikt
- Minskad oro
- Minskad demens
- Ökad rörlighet
- Minskad risk för fallskador

Sammanfattningsvis visar denna undersökning att stöd till mellanchefer i hälsoutveckling är en framgångsrik och sannolikt kostnadseffektiv metod för att öka hälsa bland medarbetare inom hemtjänstsektorn.

REFERENSLISTA

Barnekow Bergkvist M. Kan fysisk träning i arbetslivet förbättra muskuloskeletal hälsa? Arbete och Hälsa. 2006; 12. Arbetslivsinstitutet.

Colliander E och Karlqvist L. Självskattad prestationsförmåga korrelerar med konditionen. Data presenterade på Läkarstämman 2007.

Colliander E. Ett pilotprojekt för individanpassad friskvård. Proformiarapport; 2008:9.

Felter EM, och medarbetare. We´re working hard, but is it hardly working? Why process is critical in the delivery of worksite health promotion programs. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2013; 55, 586-592.

Goetzel RZ & Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health promotion programs. Annual Review of Public Health. 2008; 29: 303 – 323.

Grooten W och medarbetare. Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport. Karolinska Institutet, 2014.

Hooftman WE och medarbetare. Gender differences in the relations between work-related physical and psychosocial risk factors and muskuloskeletal complaints. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health. 2004; 30: 261-278.

Hooftman WE och medarbetare. Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? Scandinavian Journal of Work and Environmental Health. 2009; 35: 85-95.

Hägglund G & Larsson M. Vi satsar 3.75 på de allra mest sjuka äldre. Sveriges Regering, 12 januari 2011. www.regeringen.se/sb/d/14256/a/158725

Jonsdottir IH och medarbetare. Healthcare worker´s participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. BMC Public Health. 2001; 11: 448.

Karlqvist L och medarbetare. Excessive physical demands in modern work life and characteristics of work and living conditions of persons at risk. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health. 2003; 29: 363-377.

Karlqvist L. Hälsöfrämjande insatser i Botkyrka kommun. Arbetslivsinstitutet 2005: 9.

Kwak L och medarbetare. Promoting physical activity and healthy dietary behavior: the role of the occupational health services: a scoping review. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2014; 56, 35-46.

Mills PR och medarbetare. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. American Journal of Health Promotion. 2007; 22: 45-53

Prochaska JO et al. The transtheoretical model and stages of change. I Glanz K et al. Health behavior and health education. Theory, research and practice 3. San Francisco: Jossey-Bass; 2002: 99-120.

SoL, 5 kap. 4§ socialtjänstlagen 2001: 453

Stranz A. Omsorgsarbetets vardag och villkor I Sverige och Danmark. Rapport I Socialt arbete nr. 144, 2013.

Taimela S och medarbetare. An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomized controlled trial. Occupational and Environmental Medicine. 2008; 65: 242-248.

Thiele Schwartz U. Health and ill health in working women – balancing work and recovery. University dissertation from Department of Psychology. Stockholm University. 2008.

Williden M och medarbetare. Establishing links between health and productivity in the New Zealand workforce. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2012; 54: 545 - 550

Åström E. Ledarskap och hälsa. Kommunala chefer om hälsa och förutsättningar som gynnar eller missgynnar hälsofrämjande ledarskap. Institutionen för service management & tjänstvetenskap. Lunds Universitet. 2013.

Effekter av fysik aktivitet på hälsa och välmående

För att bättre förstå kopplingen mellan fysisk aktivitet och välmående inom hemtjänsten beskriver vi i detta avsnitt data på lite olika sätt.

Konditionsträning

För att ytterligare utvärdera om konditionsnivån kan påverka hälsan jämfördes de individer, oavsett testgrupp, som har en hälsosam skattad prestationsförmåga (n=16) med de som inte har det (n=34). Skiljelinjen går vid att kunna jogga 2 km utan att stanna. Med undantaget BMI är högre värden positiva. Genomgående har de med hälsosam prestationsförmåga bättre värden än de med lägre prestationsförmåga.

| | Hälsosam | Ej hälsosam | Skillnad |
|-----------------------------|----------|-------------|----------|
| BMI | 23.7 | 26.6 | - 11 % |
| Hälsotillstånd | 3.7 | 3.6 | + 3 % |
| Sömn | 4.1 | 3.6 | + 12 % |
| Trött och utmattad (dagtid) | 3.9 | 3.4 | + 13 % |
| Stressarbete | 3.1 | 2.6 | + 16 % |
| Fysisk kapacitet (jobb) | 4.2 | 4.0 | + 5 % |
| Nackbesvär | 4.1 | 3.3 | + 20 % |
| Ländryggsbesvär | 4.0 | 3.5 | + 12 % |
| Fysisk aktivitet (dagar) | 4.3 | 4.5 | - 4 % |
| Motion | 2.5 | 2.0 | + 20 % |
| Hälsoutveckling | 3.2 | 2.9 | + 9 % |

Tabell 8 visar på skillnader mellan de som har en hälsosam skattad prestationsförmåga och de som inte har detta.

Styrketräning

Nedanstående tabell visar på skillnader mellan de som, oavsett grupptillhörighet, utfört styrketräning minst en gång per vecka (n=8) och de som inte gjort detta (n=42). Det framgår att de som utfört styrketräning i högre grad även var motionsaktiva på annat sätt och att de hade en mycket mer positiv hälsoutveckling än de inaktiva.

| | Styrketräning | Ej styrketräning | Skillnad |
|--------------------------|---------------|------------------|----------|
| Hälsotillstånd | 3.5 | 3.7 | - 5 % |
| Fysisk kapacitet (jobb) | 4.0 | 4.1 | - 2 % |
| Nackbesvär | 3.6 | 3.6 | ± 0 % |
| Ländryggsbesvär | 4.0 | 3.6 | + 10 % |
| Fysisk aktivitet (dagar) | 5.9 | 4.1 | + 30 % |
| Motion | 3.6 | 1.9 | + 47 % |
| Hälsoutveckling | 3.5 | 2.9 | + 17 % |
| Prestation kondition | 2.8 | 2.6 | + 7 % |

Tabell 9 visar på skillnader mellan de som tränar respektive inte tränar styrketräning.

Ett annat sätt att se på data är att se hur de olika mätparametrarna skiljer sig åt mellan de som har förbättrat sin hälsa och de som uppger en försämrad hälsa. I Tabell 10 visas hur Belastning, Livsstil, Prestationsförmåga och Hälsoparametrar förändras över studieperioden. Mätgrupperna utgörs av de individer, oavsett

undersökningsgrupp, som anger att de förbättrat eller försämrat sin hälsa under studieperioden och/eller de som skattat upplevd hälsa med minst 2 steg bättre alternativt 2 steg sämre vid studiens avslut jämfört med vid studiestart.

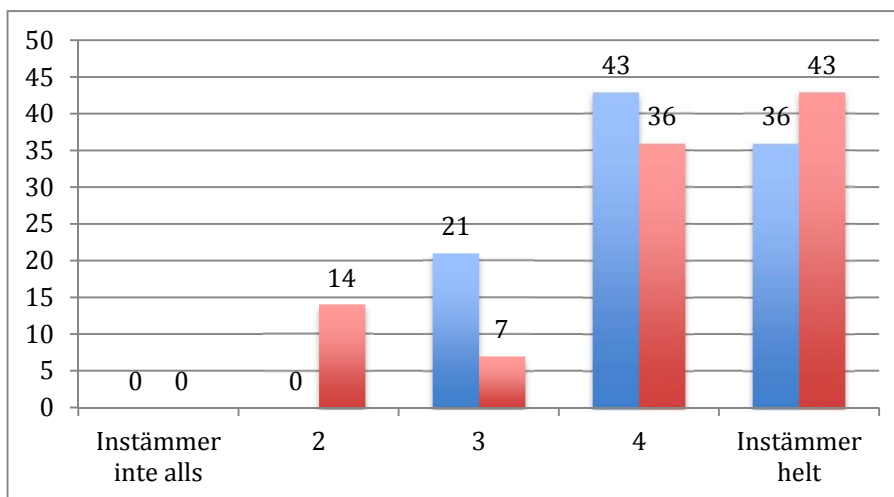
| | Bättre hälsa | <i>Utveckling</i> | Sämre hälsa | <i>Utveckling</i> |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| BELASTNING | | | | |
| Stillasittande | | | | |
| <i>Start</i> | 4.0 | | 4.8 | |
| <i>Slut</i> | 4.3 | + 8 % | 4.2 | - 12 % |
| Monotont arbete | | | | |
| <i>Start</i> | 3.8 | | 4.2 | |
| <i>Slut</i> | 4.0 | + 5 % | 4.2 | ± 0 |
| Arbete över axelhöjd | | | | |
| <i>Start</i> | 3.4 | | 2.9 | |
| <i>Slut</i> | 4.1 | + 21 % | 2.4 | - 17 % |
| Arbete med böjd rygg | | | | |
| <i>Start</i> | 1.9 | | 1.4 | |
| <i>Slut</i> | 2.6 | + 37 % | 1.9 | + 36 % |
| Arbetsrelaterad stress | | | | |
| <i>Start</i> | 3.4 | | 2.2 | |
| <i>Slut</i> | 3.4 | ± 0 | 2.2 | ± 0 |
| LIVSSTIL | | | | |
| Fysisk aktivitet (dag/v) | | | | |
| <i>Start</i> | 4.8 | | 3.2 | |
| <i>Slut</i> | 5.7 | + 19 % | 3.1 | - 3 % |
| Motion (dag/vecka) | | | | |
| <i>Start</i> | 1.5 | | 1.1 | |
| <i>Slut</i> | 1.1 | - 27 % | 0.6 | - 45 % |
| Rökning | | | | |
| <i>Start</i> | 1.9 | | 1.9 | |
| <i>Slut</i> | 1.6 | - 16 % | 1.9 | ± 0 |
| PRESTATIONSFÖRMÅGA | | | | |
| Fysisk arbetskapacitet | | | | |
| <i>Start</i> | 4.3 | | 3.7 | |
| <i>Slut</i> | 4.7 | + 9 % | 3.4 | - 8 % |
| Prestation kondition | | | | |
| <i>Start</i> | 2.9 | | 2.7 | |
| <i>Slut</i> | 3 | + 3 % | 2.5 | - 7 % |
| Produktivitet | | | | |
| <i>Start</i> | 4.9 | | 4.6 | |
| <i>Slut</i> | 4.9 | ± 0 | 4.1 | - 11 % |
| HÄLSA | | | | |
| Sömn | | | | |
| <i>Start</i> | 4.1 | | 3.8 | |
| <i>Slut</i> | 4.6 | + 12 % | 3.1 | - 18 % |
| Trötthet dagtid | | | | |
| <i>Start</i> | 4.0 | | 3.4 | |
| <i>Slut</i> | 4.3 | + 8 % | 2.8 | - 18 % |
| Ländryggsbesvär | | | | |
| <i>Start</i> | 4.6 | | 3.8 | |
| <i>Slut</i> | 4.7 | + 2 % | 3.3 | - 13 % |
| Besvär från nacke/axlar | | | | |
| <i>Start</i> | 4.6 | | 3.4 | |
| <i>Slut</i> | 4.4 | - 4 % | 3.0 | - 12 % |

Tabell 10 visar hur de med god respektive dålig hälsoutveckling utvecklas när det gäller ett antal parametrar vilka kan kopplas till hälsa. Ju högre värde desto positivare svar.

HÄLSA

Inom Snöstorp angav 79 % (79 % angav detta vid studiens start) att de upplever en god hälsosituation. Detta är en nivå som är högre än i liknande organisationer som Proformia undersökt.

Jag upplever ett mycket gott hälsotillstånd



Figur 11 visar hur svaren inom Snöstorp fördelar sig avseende upplevd hälsa i början (blå) respektive i slutet (röd) av studien.

Övriga hälsoparametrar

| | Varje dag | Flera dag./v | Varje vecka | Då och då | Aldrig/mycket sällan |
|--------------------------------|-----------|--------------|-------------|-----------|----------------------|
| HÄLSA | | | | | |
| Sömnpromblem | | | | | |
| Start | 14 | 14 | 0 | 14 | 57 |
| Slut | 14 | 7 | 0 | 43 | 36 |
| Trötthet dagtid | | | | | |
| Start | 0 | 7 | 21 | 57 | 14 |
| Slut | 7 | 14 | 0 | 43 | 36 |
| Ländryggsbesvär | | | | | |
| Start | 0 | 7 | 14 | 29 | 50 |
| Slut | 7 | 21 | 7 | 21 | 43 |
| Besvär från nacke/axlar | | | | | |
| Start | 14 | 0 | 7 | 57 | 21 |
| Slut | 7 | 6 | 14 | 50 | 21 |

Tabell 11 visar hur medarbetarna inom Snöstorp förändras avseende vissa hälsoparametrar.

21 % (28 %) av medarbetarna har problem med sömnen varje vecka eller mer. Detta är en förbättring jämfört med föregående mätning. Samtidigt ser man en viss förskjutning från de som vid start svarade "Aldrig/mycket sällan" till alternativet "Då och då". De som upplever trötthet på dagtid, varje vecka, har minskat från 28 % till 21 %. Samtidigt har de som Aldrig/mycket sällan upplever detta ökat från 14 % till 36 %.

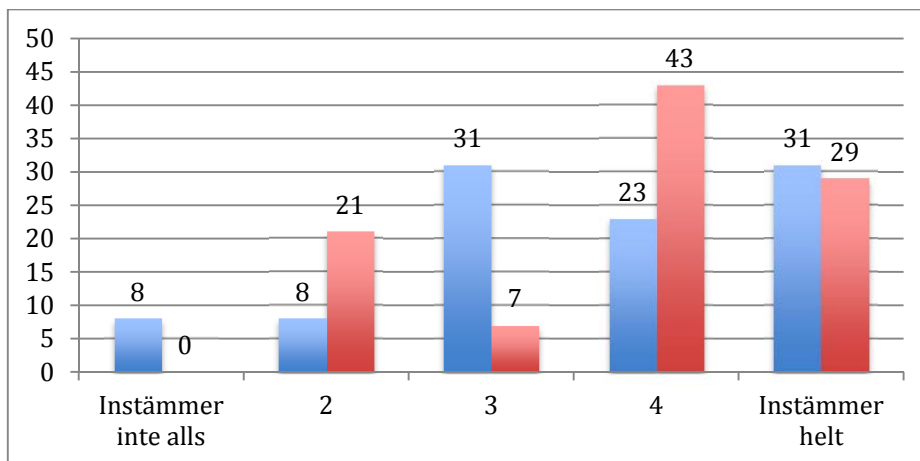
Inom Snöstorp anger 27 % (21 %) av medarbetarna smärta från nacke/axlar, varje vecka eller oftare. Lika många eller 21 % (21 %) har aldrig eller mycket sällan besvär.

35 % (21 %) av medarbetarna har besvär från ländryggen varje vecka eller mer. 43 % (50 %) anger att de mycket sällan eller aldrig har besvär.

BELASTNING

Inom Snöstorp har andelen som inte upplever arbetsrelaterad stress ökat från 54 % till 72 %. Något fler, dvs. 21 % (16 %) av medarbetarna upplever hög arbetsrelaterad stress.

Jag upplever totalt sett en låg stressnivå på arbetet



Figur 12 visar fördelningen av svar avseende arbetsrelaterad stress i början (blå) respektive i slutet (röd) av studien.

| | Instämmer inte alls (1) | (2) | (3) | (4) | Instämmer helt (5) |
|---------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|--------------------|
| BELASTNING | | | | | |
| Ej stillasittande | | | | | |
| Start | 14 | 7 | 7 | 0 | 71 |
| Slut | 8 | 15 | 8 | 15 | 54 |
| Ej monotont arbete | | | | | |
| Start | 21 | 7 | 0 | 14 | 57 |
| Slut | 0 | 8 | 17 | 8 | 67 |
| Ej över axelhöjd | | | | | |
| Start | 14 | 14 | 21 | 14 | 36 |
| Slut | 0 | 0 | 39 | 39 | 23 |
| Ej med böjd rygg | | | | | |
| Start | 64 | 29 | 0 | 0 | 7 |
| Slut | 31 | 31 | 0 | 15 | 23 |

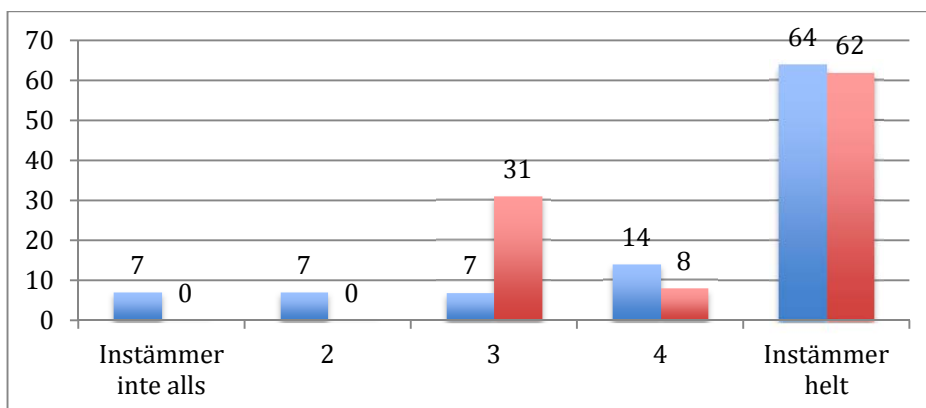
Tabell 12 visar hur medarbetarna inom Snöstorp förändras avseende vissa belastningsparametrar.

Andra belastande moment

64 % (71 %) anger att de har ett rörligt arbete. Monotont arbete anges av 7 % (29 %) medan 75 % (71 %) anger att de inte har detta. Arbete med händerna över axelhöjd kan skapa problem i axlar och nacke. 0 % (29 %) har sådana arbetsmoment ofta medan 61 % (50 %) inte alls har detta. 62 % (93 %) angav att de ofta arbetade med böjning och vridning i ländryggen.

En möjlig tolkning till förändrad belastning i arbetet är att den interna diskussionen i samband med hälsoprocessen och enkäterna har gjort att flera av medarbetarna tänker på hur de utför sitt arbete.

Min fysiska förmåga räcker väl till för att klara av mitt arbete



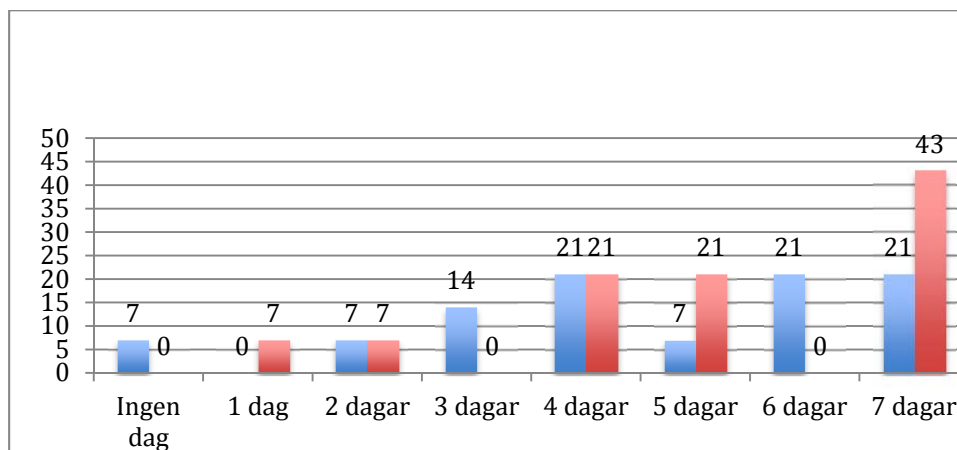
Figur 13 visar fördelningen av svar avseende fysisk arbetsförmåga i början (blå) respektive i slutet (röd) av studien.

70 % (78 %) angav att deras fysiska förmåga räcker till för att klara av arbetet, medan ingen av deltagarna anser att de inte klarar av sitt arbete fysiskt. Vid studiens inledning angav 14 % att de har svårt att fysisk klara av sitt arbete.

LIVSSTIL

64 % (48 %) angav att de, under minst 5 dagar i veckan, uppnår sammanlagt 30 minuters aktivitet. De som är aktiva alla veckans dagar har ökat från 21 % till 43 %. Helt fysisk inaktiv var ingen i gruppen.

Antal dagar som jag utför 30 minuters fysisk aktivitet



Figur 14 visar fördelningen av svar avseende fysisk aktivitet i början (blå) respektive i slutet (röd) av studien.

Motion

Inom Snöstorp angav 21 % (36 %) av medarbetarna att de motionerar 1 – 2 gånger per vecka, medan 21 % (21 %) var aktiva vid 3 eller fler tillfällen. En något lägre andel, dvs. 57 % var inte regelbundet motionsaktiva.

Om man ser till den totala fysiska aktivitetsnivån, dvs. fysisk aktivitet och motion, med en hälsosam nivå så angav medarbetarna vid Snöstorp en mycket hög nivå (93 %) vid studiens start. Denna minskar något till 86 %.

Fysisk prestationsförmåga

57 % (50 %) ansåg sig kunna jogga 2 kilometer utan att stanna (Tabell 13). Detta innebär att hälften av medarbetarna inom Snöstorp hade en hälsosam konditionsnivå. Innan studien angav 43 % att de som maximal insats kan gå 2 kilometer. Denna grupp minskade till 29 %.

| LIVSSTIL | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Motion (dag/vecka) | 0 | 1 | 2 | 3 | ≥ 4 |
| <i>Start</i> | 43 | 14 | 21 | 14 | 7 |
| <i>Slut</i> | 57 | 14 | 7 | 14 | 7 |
| Rökning | | | | | |
| | Ja | Nej | Ibland | | |
| <i>Start</i> | 14 | 71 | 7 | | |
| <i>Slut</i> | 21 | 64 | 7 | | |
| PRESTATIONSFÖRMÅGA | | | | | |
| God fysisk arbetskapacitet | Instämmer inte alls (1) | (2) | (3) | (4) | Instämmer helt (5) |
| <i>Start</i> | 7 | 7 | 7 | 14 | 64 |
| <i>Slut</i> | 0 | 0 | 31 | 8 | 62 |
| Vad klarar du av? | Inget | Gå 2 km | Jogga 1¹ | Jogga 2² | Jogga snabbt³ |
| <i>Start</i> | 7 | 43 | 0 | 43 | 7 |
| <i>Slut</i> | 7 | 29 | 7 | 43 | 14 |

Tabell 13 visar hur medarbetarna på Snöstorp förändras avseende livsstil och prestationsförmåga.

UTNYTTJANDE AV FRISKVÅRDSTID

- Under perioden september – december 2013 inrapporterades i genomsnitt 2.2 utnyttjade timmar per månad (baserat på svar från 61 % av medarbetarna).
- Under första kvartalet 2014 var genomsnittet 3.5 tillfällen per månad (72 %).
- Under andra kvartalet var värdet 3.4 per månad (94 %).
- Efter en tydlig nedgång över sommaren noteras en uppgång i augusti månad (3.1 tillfällen).

¹ Jogga 2 km, men stannar en eller flera gånger.

² Jogga 2 km i långsamt tempo utan att stanna

³ Jogga 2 km i snabbt tempo utan att stanna.

PRODUKTIVITET

Produktivitet mäts i tjänsteyrken vanligtvis med enkätfrågor. I denna studie har frågorna utformats för att mäta hälsorelaterad produktivitet. Den övergripande frågan är:

"Har du, på grund av dålig hälsa, haft problem med att utföra vissa saker på arbetet? Tänk på de senaste två veckorna och ange, för var och en av nedanstående påståenden, hur stor del av arbetstiden, uttryckt i procent, som du har haft problem."

Det angivna värdet anger bortfall. Återstoden av tiden speglar därmed produktiv tid, vilket rapporteras i Tabell 14.

| | TEST 2 | TEST 1 |
|---|--------|--------|
| Arbetat normal arbetstid, utan att ta pauser | 95.2 | 91.0 |
| Börjat med arbetet när man kom till arbetsplatsen | 100.0 | 100.0 |
| Utföra repetitivt arbete med händerna | 86.5 | 92.8 |
| Kunna böja sig eller vrida överkroppen | 94.5 | 94.2 |
| Inga misstag i arbetet | 87.5 | 92.2 |
| Stödja andra i deras arbete | 94.8 | 91.8 |
| Arbeta koncentrerat | 98.2 | 96.5 |
| Klara av hela sin arbetsuppgift | 100.0 | 98.2 |

Tabell 14 visar hur hälsorelaterad produktivitet förändras över studieperioden på Snöstorp.