

Studie inom hemvårdsförvaltningen

HALMSTAD KOMMUN



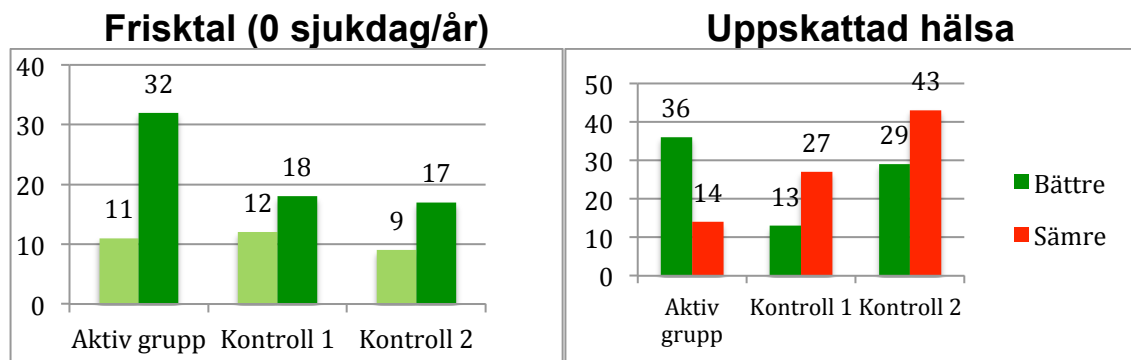
Slutrapport

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 (här nedan kallad Aktiv grupp) ut och Chefshälsokonceptet, startade upp. Först fick chefen för enheten svara på en digital risk/hälsoanalys med personlig feedback och efterföljande coachande samtal. Syftet var att öka förståelsen, egenhälsan och att 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 aktiviteter i grupp. 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 (Kontroll 1 och Kontroll 2).

Resultatet inom Aktiv grupp var dels ökat frisktal, 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, samtidigt som upplevd hälsa försämrades. *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 bägge kontrollgrupperna. Inom Aktiv grupp *minskade* istället *stressnivån*.



Den vänstra grafen visar andelen som har 0 sjukdagar det senaste året (ljusgrön vid start och mörkgrön vid studiens slut). Den högra visar de som förbättrat (grön) respektive försämrat sin hälsa (röd).

I Aktiv grupp 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.

INNEHÅLL

Bakgrund	4
Metod	5
Resultat	8
Diskussion	15
Referenser	19
Bilaga 1 - Fysik aktivitet och välmående	20

BAKGRUND

Personer över 80 år står i dag för ungefär hälften av de totala kostnaderna i den svenska hälso- och sjukvården samt omsorgen⁹. Enligt SCB:s prognos kommer denna åldersgrupp att öka med omkring 45 procent mellan 2020 och 2030⁹. 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 mål²⁰. Enligt resultaten från en nyligen försvarad doktorsavhandling¹⁷ 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 livsstilen¹⁰.

Efter att sjukfrånvaron minskat under flera år, har den under det senaste året ökat inom flera av Halmstad kommuns förvaltningar och bolag, så också inom hemvårdsförvaltningen. Halmstad kommun har därför initierat och gett Proformia Hälsa i uppdrag att genomföra denna pilotstudie för att uppnå förbättrad frisknärvaro och sjukfrånvaro inom hemvårdsförvaltningen.

Det aktuella konceptet, som testades i denna undersökning, baseras dels på studier från den vetenskapliga litteraturen dels på Proformias egna studier^{3, 12}. Dessa har båda visat på positiva effekter av hälsoarbete i grupp och individuellt, utifrån en hälso-risk enkät med individuell feedback. Som komplement till konceptet har vi utökat insatserna för mellanchefernas *egen* hälsa och förmåga till att stimulera medarbetarna till hälsa i ett koncept benämnt Chefshälsa.

Avsikten var att, i en pilotstudie, undersöka hur medarbetare inom hemtjänsten påverkades av en process omfattande en hälsoenkät följt av individuell feedback och, vid behov, individanpassat stöd. Den specifika frågeställningen var "Kan ett hälsoprogram i 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 tre hemtjänstenheter, vilka av integritetsskäl ej namnges. Grupperna lottades så att en grupp (nedan kallad Aktiv grupp) genomgick programmet Chefshälsa medan gruppen Kontroll 1 fick hälsoföreläsningar, och gruppen Kontroll 2 utgjorde kontrollgrupp.

PROGRAM

Chefshälsa

Programmet Chefshälsa är uppbyggt i tre steg.

Steg 1

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 fyllde i en digital hälsoenkät och fick personlig feedback för att förstå sin egen hälsosituation. Därefter stöttades chefen konsultativt med utgångspunkt från svaren på hälsoanalysen. En individuell handlingsplan togs fram.

Steg 2

Syftet med steg två är 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 hälsosamtal, med sin chef, utformades, på samma sätt som i Steg 1, en individuell handlingsplan för varje medarbetare.

Steg 3

Syftet är att gruppen skall utveckla hälsoprocessen på gruppnivå.

Innehåll

Detta steg inleddes 6 månader efter start, genom att man samlade ihop resultatet från medarbetarnas hälsoenkäter, och presenterade detta i en rapport. En handlingsplan togs fram för gruppen.

Komponenter i konceptet

Motion på arbetstid

Aktiv grupp hade möjlighet att träna på arbetstid i Halmstad kommuns gym i Stadshuset.

Digitalt stödverktyg med hälsoenkät och feedback

En besvarad enkät resulterade automatiskt i en individuell feedback som, om medarbetaren samtyckte, utgjorde en utgångspunkt för hälsosamtalen mellan chef och medarbetare. Medarbetaren erhöll digitalt stöd i förändringsprocessen och, vid behov, konsultativt stöd, t.ex. företagshälsovård. Detta gällde enbart för den aktiva gruppen. De två övriga grupperna besvarade enkäten enbart för utvärdering av studien.

Hälsosamtal

Initialt coachades chefen i ett hälsosamtal vars syfte är att skapa balans mellan livsstil och arbetsrelaterade belastningar. Metodiken bygger delvist på den transteoretiska modellen¹⁵ då samtalen utgår från individens motivationsgrad. En handlingsplan skapades och under de inledande tre månaderna följde chefen

denna för egen skull med syfte att uppnå bättre balans och en möjlighet att kunna vara ett föredöme för sina medarbetare. Konkret innebar detta att den arbetsrelaterade belastningen minskade genom att chefen kunde "jobba smartare" och att motståndskraften (hållbarheten) ökade genom förbättrad återhämtning, ökad motion och bättre kost.

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

Lokalt projektarbete

Detta moment inleddes efter cirka 9 månader. Arbetet utgick från det nuläge som sammanställts utifrån enkäten vid studiestart. Processen utvecklades vid regelbundna arbetsplatsträffar.

Som stöd till chefen i utvecklingsarbetet utbildades hälsoinspiratörer. Deras roll var 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 förändringar¹².

KONTROLLGRUPPERNA

Medarbetarna i gruppen Kontroll 1 erbjöds tre föreläsningar utförda av Previa med teman om kost, motion och återhämtning/sömn.

Medarbetarna i gruppen Kontroll 2 fick inga stödåtgärder inom ramen för detta projekt. Medarbetarna kunde, vid behov, söka företagshälsovård som vanligt under studietiden.

UTVÄRDERING

Hälsoenkäten Prometern

Hälsoenkäten bestod av upp till 46 frågor indelade på sex områden som var livsstil, upplevd hälsa, smärtproblem, belastning i arbetet, prestationsförmåga och motivation till förändring. Enkäten besvarades, av medarbetarna, vid två tillfällen under studien; vid starten av Steg 2 och 12 månader senare.

Frågorna är utformade så att positiva svar alltid befinner sig till höger eller längst ner bland svarsalternativen. Detta är en vedertagen teknik som ökar antalet "rätta" svar.

Träningsfrekvens

I Aktiv grupp samlades varje månad in flitkort i samband 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 medarbetarna inom Aktiv grupp, för att få tillgång till personlig statistik avseende flitlistor och sjukfrånvaro. Utöver resultaten på hälsoenkäten har Proformia, av integritetsskäl, inte haft tillgång till några personliga data för kontrollgrupperna.

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 på sätt som gör att mekanismer bakom förändringarna bättre kan förklaras.

BASDATA

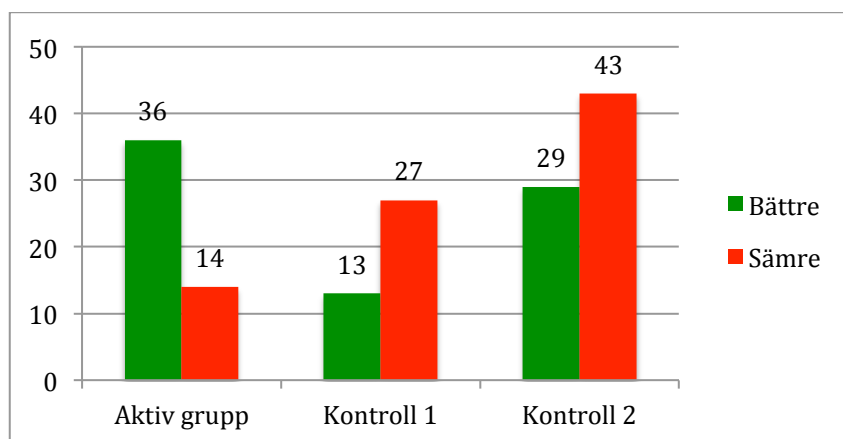
	Antal ind.	Ålder (år)	BMI	Kvinnor/män
Aktiv grupp	14 (19)	51	24.0	12/2
Kontroll 1	15 (17)	49	29.5	14/1
Kontroll 2	21 (23)	44	25.9	21/0

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

HÄLSA

Under studietiden, var det fler medarbetare inom Aktiv grupp, som på en direkt fråga, upplevde att deras hälsa förbättrats (36 %) jämfört med de som upplevde en försämring (14 %). För både Kontroll 1 och Kontroll 2 var detta förhållande det omvända, då fler medarbetare upplevde en försämrad hälsa under studieperioden (Figur 1).

Hur har din hälsa utvecklats under de senaste 12 månaderna?



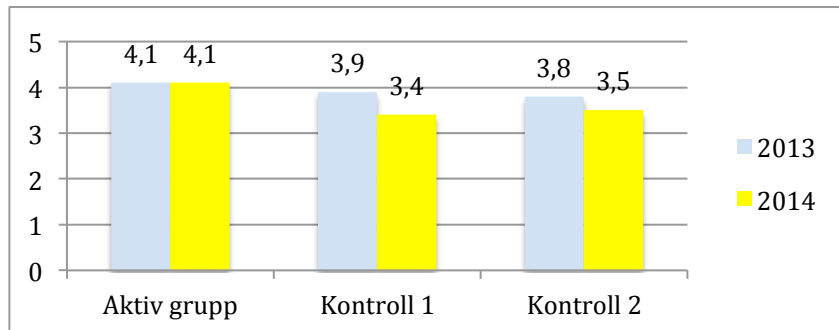
Figur 1 visar andelen hos de tre enheterna som anger att deras hälsa förbättrats respektive försämrats under föregående år.

Upplevd hälsa har förbättrats inom Aktiv grupp samtidigt som den försämrats inom Kontroll 2 och Kontroll 1.

Upplevd hälsa

Upplevd hälsa var oförändrad inom Aktiv grupp medan den minskade hos Kontroll 1 (13 %) och Kontroll 2 (8 %; Figur 2).

Jag upplever ett gott hälsotillstånd



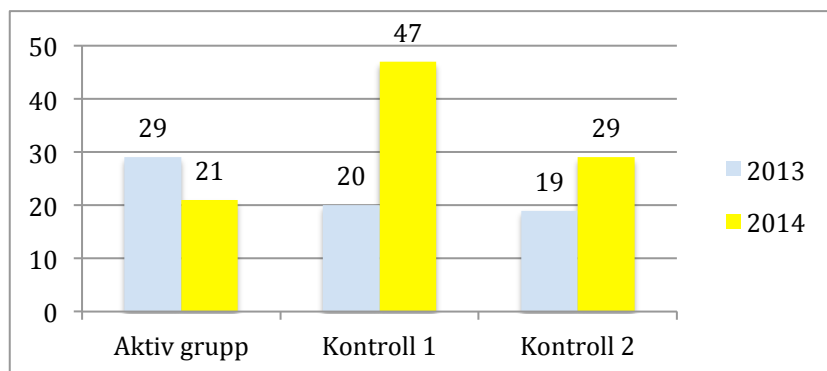
Figur 2 visar medelvärdet för upplevd hälsa i de tre grupperna vid studiens start och avslut.

Här nedan beskrivs hur olika faktorer kan ha bidragit till ändringar i upplevt hälsostatus hos de tre testgrupperna.

Sömnbesvär

21 % av medarbetarna inom Aktiv grupp, hade vid studietidens slut, problem med sömnen varje vecka eller mer (Figur 3). Det är något färre än vid studiens start (29 %). I Kontroll 1 hade andelen med störd sömn mer än fördubblats från 20 till 47 %. Inom Kontroll 2 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" ökade med 2 % inom Aktiv grupp samtidigt som det minskade med 4 respektive 12 % inom Kontroll 2 och Kontroll 1.

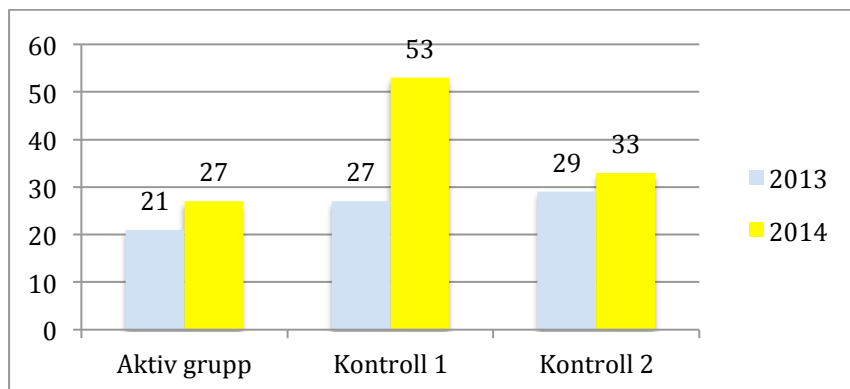
Sömnstörning och trötthet på dagtid

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. I Aktiv grupp och Kontroll 2 var det, vid studiestart, 21 respektive 14 % som sov dåligt flera gånger per vecka och som också var trötta på dagtid. Ingen förändring skedde över studietiden. Inom Kontroll 1 ökade antalet med denna kombination från 0 till 27 %.

Rörelseapparaten

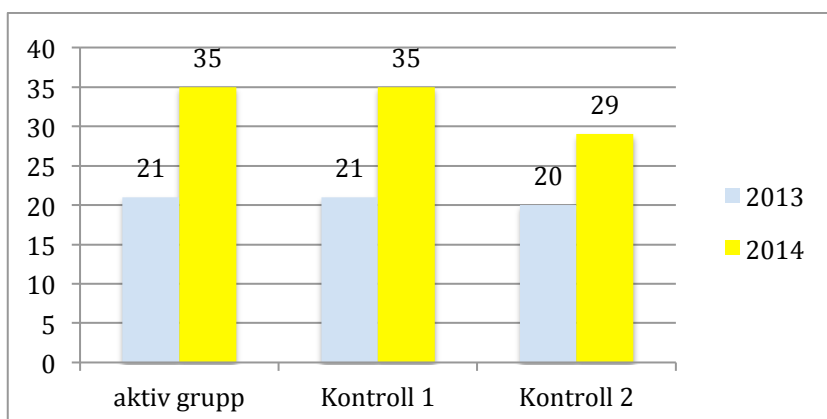
Samtliga grupper upplevde ökade besvär från både nacke/skuldra (Figur 4) och ländrygg (Figur 5). Försämringen var minst inom Kontroll 2 och störst inom Kontroll 1.

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?



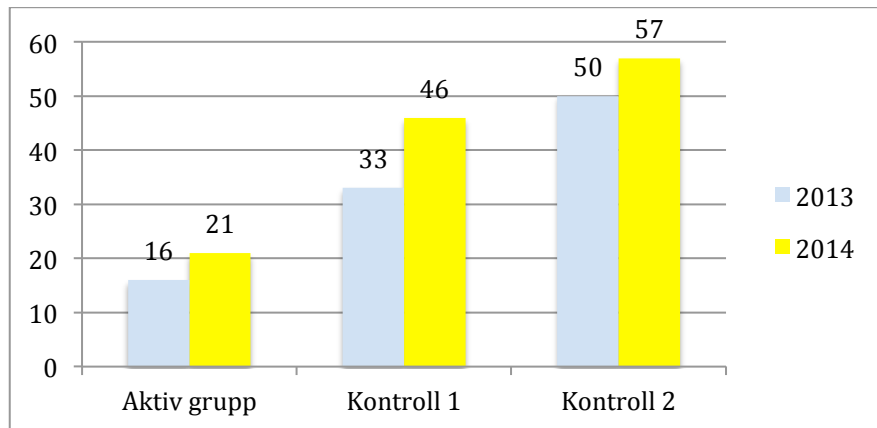
Figur 5 visar andelen i de tre enheterna som anger att de har värk/smärta i ländryggen varje vecka eller oftare.

BELASTNING

Arbetsrelaterad stress

Under studieperioden ökade andelen av medarbetarna inom Aktiv grupp som upplevde hög arbetsrelaterad stress från 16 % till 21 %. Ökningen inom Kontroll 2 var i samma nivå, medan Kontroll 1 ökade mer påtagligt. En högre andel inom Aktiv grupp upplevde INGEN arbetsrelaterad stress vid studiens avslut (72 % jämfört med 54 % vid start). Inom Kontroll 1 och Kontroll 2 hade andelen som ej upplevde arbetsrelaterad stress minskat från 27 % till 8 % respektive från 10 % till 9 %.

Hög arbetsrelaterad stress



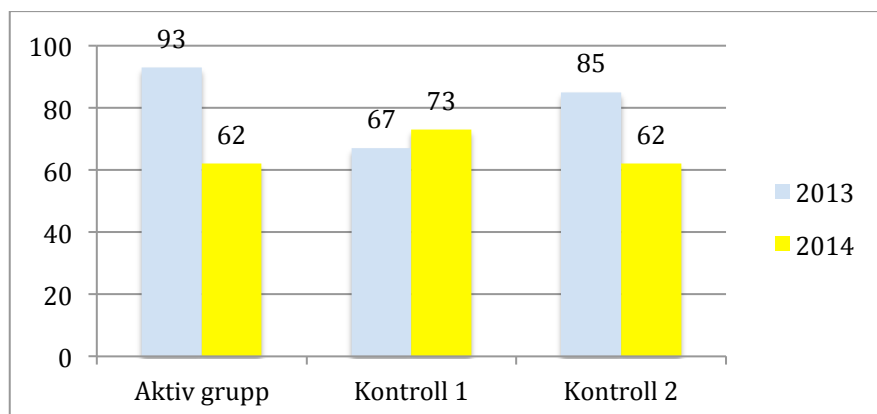
Figur 6 visar andelen som upplever arbetsrelaterad stress varje vecka eller oftare.

Medelvärdet för upplevd stress har förbättrats med 5 % inom Aktiv grupp medan det försämrats med 7 % respektive 2 % inom Kontroll 1 och Kontroll 2.

Arbete i obekväma arbetsställningar

En minskande andel 62 % (93 %) inom Aktiv grupp angav att de ofta arbetade med böjning och vridning i ländryggen (Figur 7). Även bland Kontroll 2s medarbetare minskade detta belastande moment i arbetet 62 % (85 %) medan det var lätt ökat inom Kontroll 1.

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
Aktiv grupp	+ 14 %	- 4 %	+ 12 %
Kontroll 2	+ 0 %	+ 1 %	+ 8 %
Kontroll 1	+17 %	+ 0 %	+ 3 %

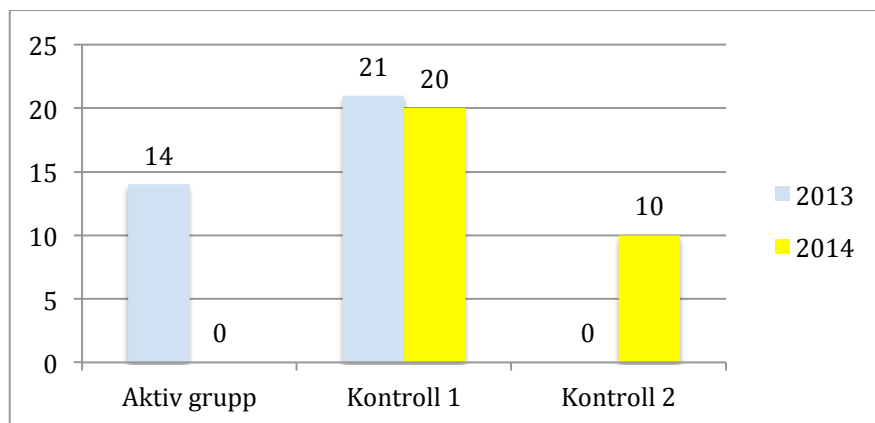
Tabell 2. Procentuell förändring, över studietiden, av belastande arbetsmoment. En ökning innebär en förbättring.

Monotont arbete minskade inom Aktiv grupp och Kontroll 1, dock från mycket låga nivåer varför det knappast kan ha påverkat hälsan. Inom Aktiv grupp hade de som uppgav minskat arbete med händerna över axelhöjd, inte några problem med smärtor från axlar/nacke - varken före eller efter studietiden. Inom Kontroll 2 skedde inte heller någon förändring av besvär vid minskad belastning. Eventuellt kan de med smärtor från axlarna mycket väl ha undvikit dessa arbetsmoment.

Fysisk förmåga

70 % (78 %) av medarbetarna inom Aktiv grupp angav att deras fysiska förmåga räckte väl till för att klara av arbetet. Inom Kontroll 1 var andelen som instämde med påståendet att den fysiska förmågan räcker väl för att klara arbetet lätt ökat (78 % till 80 %). Motsvarande förändring inom Kontroll 2 innebar en ökning från 60 % till 72 %.

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



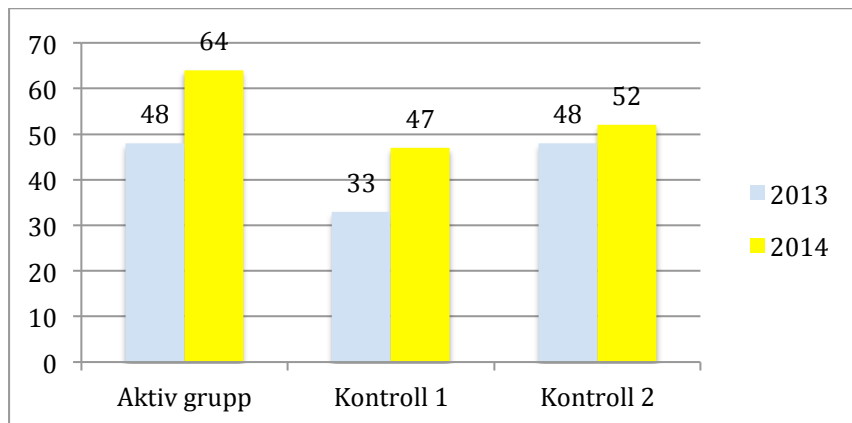
Figur 8 visar andelen hos de tre enheterna som anger att deras fysiska förmåga inte räcker till för att klara av arbetet.

Under studietiden minskade andelen, inom Aktiv grupp, som hade svårt att fysisk klara av sitt arbete (Figur 8). Samtidigt såg vi en ökning av detta inom Kontroll 2 medan Kontroll 1s medarbetare låg kvar på en relativt hög nivå.

LIVSSTIL

Vid studiens start är det samma andel (48 %) inom Aktiv grupp och Kontroll 2 som angav att de under minst 5 dagar i veckan, uppnådde sammanlagt 30 minuters fysisk aktivitet. Kontroll 1 hade vid start en betydligt lägre andel (33 %). Under studiens gång ökar andelen aktiva inom Aktiv grupp på ett påtagligt sätt till 64 %. Även Kontroll 1 ökar och är vid studiens slut nästan i nivå med Kontroll 2, som i sin tur ligger kvar på en 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 Aktiv grupp 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. I Kontroll 1 och Kontroll 2 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 Aktiv grupp en mycket hög nivå (93 %) vid studiens start. Denna minskade något till 86 %. Kontroll 1 och Kontroll 2 ökade något (cirka 5 procentenheter) från avsevärt lägre nivåer (67 % respektive 48 %).

Styrketräning

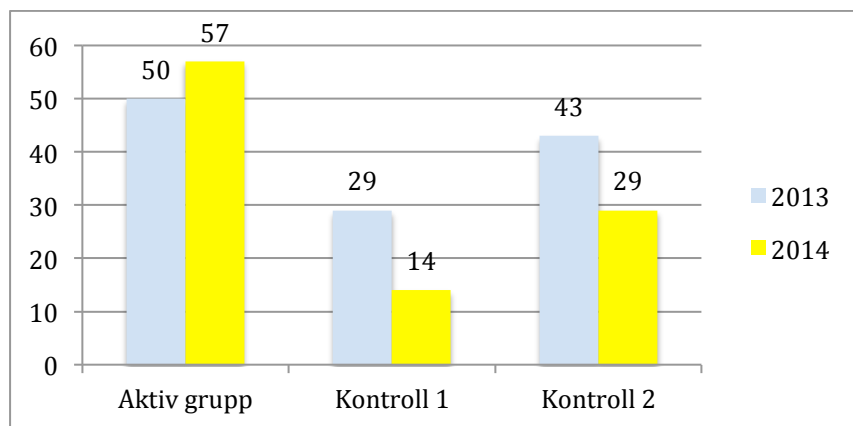
Denna studie har inte kunnat påvisa någon ökning av andelen medarbetare som utför styrketräning. Andelen som utförde denna träning var låg (runt 15 %) i grupperna.

Hälsosam prestationsförmåga

I Figur 10 framgår det att 57 % (50 %), inom Aktiv grupp, ansåg sig kunna jogga 2 kilometer utan att stanna. Detta innebär att mer än hälften av medarbetarna inom Aktiv grupp uppskattar att de har en hälsosam konditionsnivå². Inom Kontroll 1 och Kontroll 2 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 (Figur 9).

Självskattad god prestationsförmåga



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

Vikt

Inom Aktiv grupp svarade 36 % att de hade en BMI över 25, dvs. övervikt. I genomsnitt var BMI-värdet 24.1, vilket var oförändrat över studietiden. Inom Kontroll 2 och Kontroll 1 hade 60 % respektive 80 % övervikt. Här var medelvärdet för BMI 26.2 respektive 27.9.

Rökning

64 % (71 %) inom Aktiv grupp var icke-rökare medan 21 % rökte dagligen. Andelen icke-rökare inom Kontroll 2 var något högre (80 %) medan Kontroll 1s medarbetare i lägre andel var icke-rökare (60 %). Inga större förändringar av detta skedde över studieperioden.

Proformiaindex

Proformiaindex (Tabell 3) 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 utvecklades så att Aktiv grupp och Kontroll 2 under studietiden ökade sin gröna grupp något. Samtidigt var det bara i den Aktiva gruppen som den orangea gruppen minskade. Inom Kontroll 1 skedde en tydlig förskjutning från Grön grupp mot högre risk, dvs. gul och orange grupp.

	Orange	Gul	Grön
Aktiv grupp			
<i>Före</i>	21	29	50
<i>Efter</i>	14	29	57
Kontroll 1			
<i>Före</i>	20	47	27
<i>Efter</i>	47	53	0
Kontroll 2			
<i>Före</i>	14	67	19
<i>Efter</i>	19	57	23

Tabell 3 visar fördelningen av riskgrupper före och efter studien.

FRISK TAL OCH SJUKFRÅNVARO

Sjukfrånvaro och Frisktal har beräknats för två perioder: *Start* avser 12 månader innan studiens startdatum som var 130831 medan *Slut* avser perioden från studiens startdatum till dess slutdatum, dvs. 140831. Med Frisktal avses andelen medarbetare som inte har någon sjukdag under perioden.

Två olika redovisningar

Sjukfrånvaro och Frisktal redovisas dels för samtliga medarbetare på de aktuella arbetsplatserna (Tabell 4) och dels de medarbetare som var anställda under hela mätperioden (Tabell 5). Det bör noteras att i gruppen Kontroll 2 ett antal medarbetare med långtidssjukskrivning slutade sin anställning under studieperioden. Se också Tabell 13, sid 27, för en fördjupad analys av utvecklingen inom den Aktiva gruppen.

	Aktiv grupp (n= 24/25)		Kontroll 1 (n= 24/23)		Kontroll 2 (n= 32/29)	
	<i>Start</i>	<i>Slut</i>	<i>Start</i>	<i>Slut</i>	<i>Start</i>	<i>Slut</i>
Kort sjukfrånvaro	6	5.1	8.8	7.8	7	5.5
Lång sjukfrånvaro	7.8	18	20.5	23.4	12	20.8
Frisktal	29	44	20	17	16	24

Tabell 4 visar sjukfrånvaro och frisktal för samtliga medarbetare som var anställda på respektive arbetsplats vid studiens start 130831 och slut 140831.

	Aktiv grupp (n=19)		Kontroll 1 (n=17)		Kontroll 2 (n=23)	
	<i>Start</i>	<i>Slut</i>	<i>Start</i>	<i>Slut</i>	<i>Start</i>	<i>Slut</i>
Kort sjukfrånvaro	10.1	9.3	17.4	12.4	13.3	9.1
Lång sjukfrånvaro	0	10.8	0	3.1	9.9	0
Frisktal	11	32	12	18	9	17

Tabell 5 visar sjukfrånvaro och frisktal för de medarbetare som var anställda på respektive arbetsplats under hela perioden 130831 till 140831.

PRODUKTIVITET

Hälsorelaterad produktivitet mäts ofta med enkätfrågor. I denna enkät har frågor från vetenskapliga studier anpassats till svenska förhållanden (se sid 28 för mer detaljer). Inom Aktiv grupp var produktiviteten oförändrad över studietiden medan den minskade med 10 % inom Kontroll 1 och med 1 % inom Kontroll 2.

	Start	Slut
Aktiv grupp	94.6	94.5
Kontroll 1	93.9	84,2
Kontroll 2	89.8	89.0

Tabell 6 visar medelvärden för hälsorelaterade produktivitet hos de tre testgrupperna vid studiestart och studieavslut

BORTFALLSANALYS

Av 20 anställda (både vid Start och Stopp) i Aktiv grupp valde 19 att delta. Av dessa 19 besvarade 14 personer båda enkäterna. 5 personer har av olika skäl inte besvarat båda enkäterna. Dessa 5 personer har kort sjukfrånvaro och frisktal enligt nedan.

Kort frånvaro:

År 1: 5.6

År 2: 6.6

Lång frånvaro

År 1: 0

År 2: 12.6

Frisktal:

År 1: 20 %

År 2: 33 %

Det framgår, vid en jämförelse, att dessa individer vid studiens start hade en lägre korttidsfrånvaro, ingen långtidsfrånvaro samt en högre frisknärvaro jämfört med resten av gruppen (se Tabell 4). Gruppen är liten och påverkas därmed mycket när enstaka individer förändras. Men man kan ana att hälsoutvecklingen bland dessa 5 individer inte är lika god som bland det 14 som besvarat båda enkäterna.

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 öka den upplevda hälsan i medarbetargruppen. Studien visar att testgruppens hälsa och hälsorelaterade parametrar förbättrats samtidigt som de utvecklas negativt i de båda kontrollgrupperna.

Hypotesen är att en hälsosam fysisk aktivitetsnivå kan kopplas till en mängd olika faktorer som vi förknippar med god hälsa (se Tabell 7 i Bilaga 1). Det tydligaste tecknet på förbättrad livsstil är en förbättrad prestationsförmåga avseende kondition som medarbetarna inom Aktiv grupp anger att de har. Samtidigt minskade belastningen i form av arbete med böjd rygg, för medarbetarna inom Aktiv grupp och Kontroll 2, vilket skulle kunna resultera i upplevelsen av att klara av arbetet

bättre, rent fysiskt för de inom Aktiv grupp (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, dock ökade andelen "ostressade" i den Aktiva gruppens. Detta är en utveckling som finns inom hemtjänstverksamheter runt om i Sverige, sannolikt som en effekt av mer vårdkrävande kunder, tuffa tidsramar samt ökade krav på dokumentation inom hemtjänstsektorn.

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 ländrygg¹. En faktor som sannolikt försvårar detta faktum är att avståndet till träningslokalen är långt. Gruppen bekräftar detta och menar också att begränsat öppethållande utanför arbetstid har varit ett skäl att inte besöka detta gym. För att denna träningsform skall kunna utövas på lång sikt kan man kanske arbeta med lokala minigym som ett alternativ. Ett sådant skulle även kunna användas de äldre som besöker servicehuset.

Även om frisktalet ökar mer i den Aktiva gruppen har studien inte kunnat påvisa någon förbättring av sjukskrivningsnivåerna. Tidigare studier, t.ex. i Botkyrka kommun¹² har visat att 12 månader är en för kort tidsperiod för att kunna påverka detta. Det krävs minst 24 och i vissa fall upp till 36 månader för detta. Efter 12 månader kan man se förändringar av den typ som noterats i den aktuella studien som indikatorer för bättre hälsa som på sikt resulterar i minskad sjukfrånvaro. En ny studie skulle således behöva vara längre och dessutom utföras med större grupper då enstaka individers sjukskrivning i stor omfattning påverkar medelvärdet i små grupper.

RESPONDERS

Inom Aktiv grupp har vi 53 % som är **säkra** responders (se sid 27) som utvecklas bra av det genomgångna programmet. På grund av ett relativt litet antal personer går det inte med säkerhet uttala sig om mekanismer för den förbättrade hälsan hos dessa personer. Medarbetare inom hemtjänsten har under det senaste året upplevt en ökad belastning i form av ökade krav på dokumentation. Samtidigt vet vi att de som ökat sin prestationsförmåga avseende kondition har klarat av detta bättre ur ett hälsoperspektiv. Med stöd av ovanstående kan vi anta att responders klarat av att vara fysiskt aktiva (alla har en hälsosam nivå) trots att pressen på arbetet ökat. Något som stöds av ökad fysisk prestationsförmåga och att den utnyttjade friskvårstiden ökade från 1.8 till 3.2 tillfällen per månad. Upprätthållande av en hälsosam fysisk prestationsförmåga gäller i mycket mindre omfattning de, i den Aktiva gruppen, som inte reagerar positivt på det genomförda programmet.

KONCEPTET CHEFSHÄLSAS UTVECKLING

Under de senaste åren har intresset för hälsofrågor bland mellanchefer tydligt ökat inom både offentlig och privat verksamhet. Detta är en effekt av en utökad förståelse för kopplingen mellan hälsa och ökad prestationsförmåga. Detta överensstämmer med en studie från Helsingborgs Stad där chefer intervjuades. Man konstaterade då att chefer som själva mår bra har en ökad förmåga att bidra till en positiv arbetsmiljö som främjar arbetsglädje och engagemang. Vikten av att föregå med gott exempel betonades, dvs. om man inte är i balans så smittar det av sig på medarbetargruppen. Flera av cheferna påpekade att man inom många förvaltningar har fysiskt betungande jobb och att man därmed, i likhet med Räddningstjans-

ten, borde få träna på arbetstid. Många försöker hjälpa till genom att möjliggöra enklare träningsmöjligheter i de egna lokalerna²¹.

Många chefer vill gärna delta men vågar eller kan inte vara föredömen. De har inte heller kompetens för att driva en hälsoprocess. Med avstamp 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 kommun¹². 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 den i kontrollgruppen. I ett pilotprojekt² 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 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 %³.

Konceptet är bekräftat av vetenskapliga studier

En nyligen presenterad undersökning från Karolinska Institutet som utvärderat studier inom området hälsoutveckling bekräftar att den aktuella modellen är vetenskapligt väl underbyggd⁶. Man betonar att isolerade hälsoundersökningar ej har något värde för en arbetsgivare, om de inte åtföljs av hälsofrämjande åtgärder. Exempel på åtgärder är individanpassning⁵, fysisk aktivitet^{1, 11} och/eller åtgärder från företagshälsovård^{13, 18}. Engagemanget för en hälsoprocess ökar ytterligare när medarbetarna involveras i den på gruppnivå, t.ex. genom att tillsätta lokala projektgrupper⁴.

Fördel med konceptet jämfört med studier

I de studier som utvärderats⁶ 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. Genom att på ett tidigt stadium ”mota Olle i grind”, slipper företagshälsovården involveras för medicinskt stöd, vilket i längden gör att programmet sparar pengar.

En synergieffekt ligger i att cheferna börjar med att testa metodiken på sig själva. Det gör att deras utgångsläge blir bättre. En upplevd god hälsa ger redskap och resurser att möta vardagen. Den egna hälsan får också betydelse för individernas möjlighet 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 behov²¹.

Att effekten förstärks när gruppen arbetar vidare tillsammans¹² visar på ytterligare en synergieffekt som man vanligtvis inte erhåller när processen drivs av utomstående. Då processen övergår från en individuell fas till en gruppfas övergår den successivt från hälsoutveckling till att handla mer om effektivitetsutveckling. Dessa två faser går tydligt hand i hand vilket visades i Botkyrka-studien¹².

Slutligen, när Chefshälsa drivs i "skarpt läge", sker dessutom en coaching i grupper med chefer. Detta möjliggör ett erfarenhetsutbyte mellan dessa chefer 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 författarens uppfattning att resultaten av studien tydligt visar att detta är ett effektivt koncept. Detta då de uppmätta faktorerna nästan fullständigt går åt det positiva hållet i den Aktiva gruppen samtidigt som merparten av dem utvecklas negativt i kontrollgrupperna. Styrkan är att Aktiv gruppen och kontrollgrupperna återfinns inom samma organisation och inom ett begränsat geografiskt område. Påverkan från yttre faktorer bör därmed vara lika stor i grupperna.

HÄLSA SOM GENUSFRÅGA

Arbetsbelastning bland anställda inom äldreomsorgen är hög¹¹. 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 män⁸. Detta stöds inte av studier, när män och kvinnor har utsatts för samma belastning, då männen visat sig ha en större risk att drabbas av belastningsskador⁸. I en nyligen publicerad rapport från Arbetsmiljöverket (2014: 3) framkom att förmågan att påverka de egna uppgifterna är lägre inom äldreomsorgen än i den mansdominerade tekniska sektorn i en kommun. 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 båda kan förebygga belastningsbesvär¹⁹.

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 och krav på dokumentation. 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 brukarna, 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 hälso-utveckling är en framgångsrik och sannolikt kostnadseffektiv metod för att öka hälsa bland medarbetare inom hemtjänstsektorn.

REFERENSLISTA

1. Barnekow Bergkvist M. Kan fysisk träning i arbetslivet förbättra muskuloskeletal hälsa? Arbete och Hälsa. 2006; 12. Arbetslivsinstitutet.
2. Colliander E och Karlqvist L. Självskattad prestationsförmåga korrelerar med konditionen. Data presenterade på Läkarstämman 2007.
3. Colliander E. Ett pilotprojekt för individanpassad friskvård. Proformiarapport; 2008:9.
4. 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.
5. Goetzel RZ & Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health promotion programs. Annual Review of Public Health. 2008; 29: 303 – 323.
6. Grooten W och medarbetare. Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport. Karolinska Institutet, 2014.
7. 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.
8. 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.
9. Häggglund 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
10. Jonsdottir IH och medarbetare. Healthcare worker´s participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. BMC Public Health. 2001; 11: 448.
11. 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.
12. Karlqvist L. Hälsöfrämjande insatser i Botkyrka kommun. Arbetslivsinstitutet 2005: 9.
13. 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.
14. 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
15. 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.
16. SoL, 5 kap. 4§ socialtjänstlagen 2001: 453
17. Stranz A. Omsorgsarbetets vardag och villkor I Sverige och Danmark. Rapport I Socialt arbete nr. 144, 2013.
18. 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.
19. Thiele Schwartz U. Health and ill health in working women – balancing work and recovery. University dissertation from Department of Psychology. Stockholm University. 2008.
20. 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
21. 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 i tabellen här nedanför. 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 7 visar på skillnader mellan de som har en hälsosam skattad prestationsförmåga och de som inte har detta.

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 studier¹, när det gäller minskade problem från rörelseapparaten hos de som är fysisk aktiva även gäller inom Hemvårdsförvaltningen i Halmstad kommun.

STYRKETRÄNING

Nedanstående tabell visar på skillnader mellan de som, oavsett grupptillhörighet, utfört styrketräning minst en gång per vecka (n=9) 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 8 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 9 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	Utveckling	Sämre hälsa	Utveckling
BELASTNING				
Stillasittande				
Start	4.0		4.8	
Slut	4.3	+ 8 %	4.2	- 12 %
Monotont arbete				
Start	3.8		4.2	
Slut	4.0	+ 5 %	4.2	+ 0
Arbete över axelhöjd				
Start	3.4		2.9	
Slut	4.1	+ 21 %	2.4	- 17 %
Arbete med böjd rygg				
Start	1.9		1.4	
Slut	2.6	+ 37 %	1.9	+ 36 %
Arbetsrelaterad stress				
Start	3.4		2.2	
Slut	3.4	+ 0	2.2	+ 0
LIVSSTIL				
Fysisk aktivitet (dag/v)				
Start	4.8		3.2	
Slut	5.7	+ 19 %	3.1	- 3 %
Motion (dag/vecka)				
Start	1.5		1.1	
Slut	1.1	- 27 %	0.6	- 45 %
Rökning				
Start	1.9		1.9	
Slut	1.6	- 16 %	1.9	+ 0

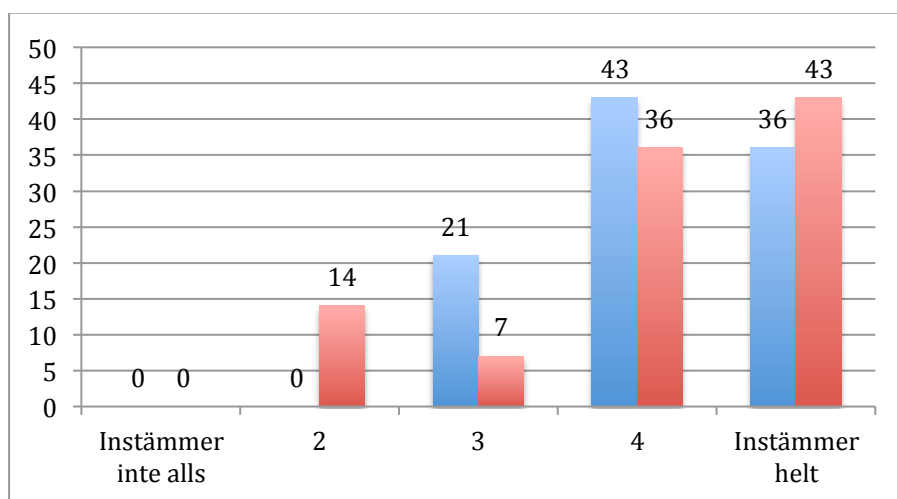
PRESTATIONSFÖRMÅGA				
Fysisk arbetskapacitet				
Start	4.3		3.7	
Slut	4.7	+ 9 %	3.4	- 8 %
Prestation kondition				
Start	2.9		2.7	
Slut	3	+ 3 %	2.5	- 7 %
Produktivitet				
Start	4.9		4.6	
Slut	4.9	+ 0	4.1	- 11 %
HÄLSA				
Sömn				
Start	4.1		3.8	
Slut	4.6	+ 12 %	3.1	- 18 %
Trötthet dagtid				
Start	4.0		3.4	
Slut	4.3	+ 8 %	2.8	- 18 %
Ländryggsbesvär				
Start	4.6		3.8	
Slut	4.7	+ 2 %	3.3	- 13 %
Besvär från nacke/axlar				
Start	4.6		3.4	
Slut	4.4	- 4 %	3.0	- 12 %

Tabell 9 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 Aktiv grupp 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 Aktiv grupp 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					
Sömnpblem					
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 10 visar hur medarbetarna inom Aktiv grupp förändras avseende vissa hälsoparametrar.

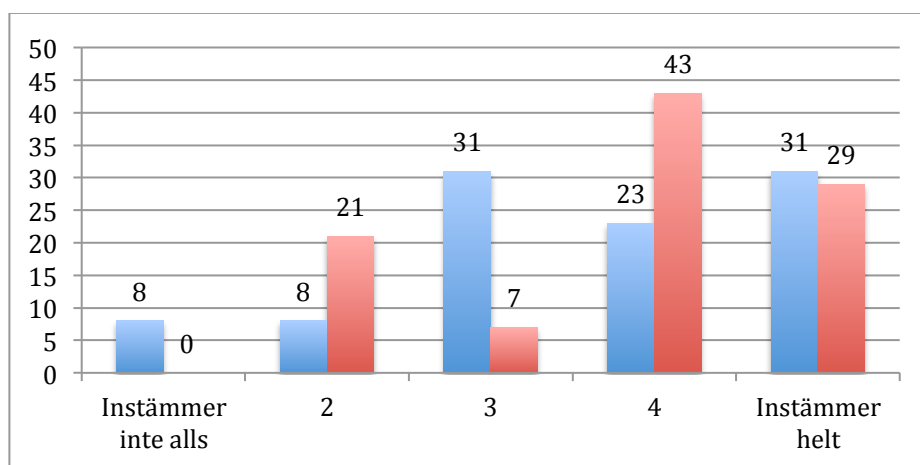
21 % (28 %) av medarbetarna har problem med sömnen varje vecka eller mer. Detta är en förbättring jämfört med föregående mätning. Samtidigt ser man en viss förskjutning från de som vid start svarade "Aldrig/mycket sällan" till alternativet "Då och då". De som upplever trötthet på dagtid, varje vecka,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

Inom Aktiv grupp 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 Aktiv grupp 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

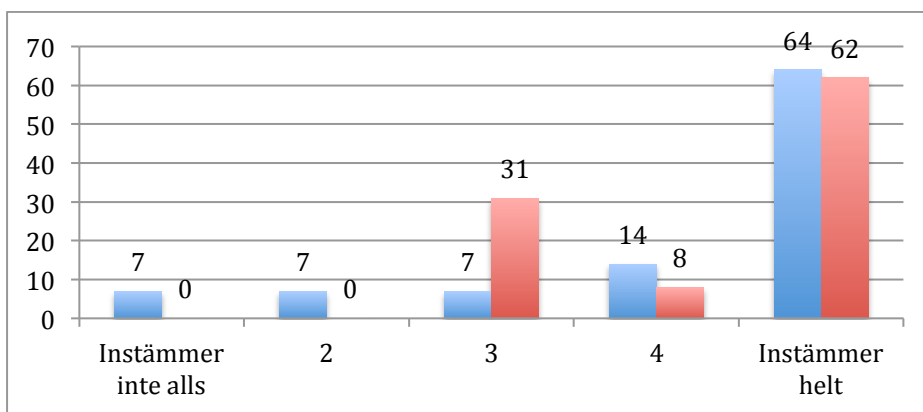
Tabell 11 visar hur medarbetarna inom Aktiv grupp förändras avseende vissa belastningsparametrar.

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



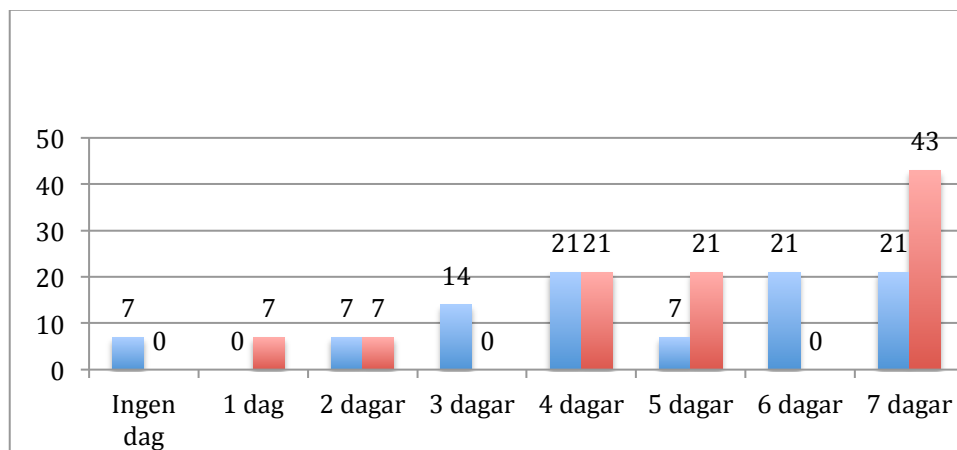
Figur 13 visar fördelningen av svar avseende fysisk arbetsförmåga i början (blå) respektive i slutet (röd) av studien.

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 Aktiv grupp 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 Aktiv grupp 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 12). Detta innebär att mer än hälften av medarbetarna inom Aktiv grupp 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 12 visar hur medarbetarna på Aktiv grupp 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).

RESPONDERS

Inom Aktiv grupp har vi 53 % (av de som deltog i studien, med vilket avses att man som minst besvarat enkät 1) som är **säkra** responders, som uppfyller följande kriterier:

- var anställda vid start och slut av studien
- har svarat på båda enkäterna
- har en positiv eller oförändrad egenupplevd hälsoutveckling under de senaste 12 månaderna.
- har en minskad eller oförändrad korttids sjukfrånvaro och ingen långtids sjukfrånvaro

Utvecklingen i denna grupp visas på nästa sida:

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.

	Före	Efter	Utveckling
Kort sjukfrånvaro (dagar)	9.1	5.5	- 40 %
Lång sjukfrånvaro	0	0	+ 0
Sjuktilfällen	2.60	1.80	- 31 %
Frisktal	30 %	50 %	+ 67 %
Upplevd hälsa	4.22	4.50	+ 6.6 %
Sömn	4.10	4.10	+ 0
Trött och utmattad (dagtid)	3.80	4.10	+ 7.9 %
Stressarbete	3.88	4.10	+ 5.4 %
Fysisk kapacitet (jobb)	4.40	4.67	+ 6.0 %
Nackbesvär	3.70	3.70	+ 0
Ländryggsbesvär	4.30	3.70	- 14 %
Fysisk aktivitet (dagar)	5.40	5.30	- 2.0 %
Stillasittande	3.70	4.44	+ 20.0 %
Produktivitet	94.0	95.75	+ 1.90 %
Prestation kondition	3.00	3.50	+ 17 %
Motion	2.60	2.40	- 7.6 %

Tabell 13 visar utvecklingen i en grupp inom Aktiv grupp som reagerat positivt på den insats som utförts under studieperioden. För samtliga parametrar, förutom sjukfrånvaro, innebär ett högre värde ett bättre värde.

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 i Aktiv grupp.