

2013-03-28



# **Leder Hälsoprofilbedömning till bättre hälsa?**

**Jämförelse av personalgrupp med ett års intervall**

**Författare:** Eva Nilsson, specialist i allmänmedicin

**Handledare:** Carl-Edvard Rudebeck, Professor II i allmänmedicin, Tromsö Universitet,  
Forskningshandledare i Landstinget i Kalmar Län

**Statistisk rådgivare:** Lars Brudin, Överläkare, adj Professor i klinisk vetenskap vid  
Hälsouniversitetet i Linköping

Projektarbete vid Uppsala Universitets Företagsläkarutbildning 2012/13

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	6
Syfte och frågeställning	7
MATERIAL OCH METOD	8
Undersökt grupp	8
Metod	8
RESULTAT	10
Hälsovanor	10
Hälsoupplevelser	10
Hälsodata	11
Åtgärdsgrupp	11
DISKUSSION	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	14
SLUTSATS	16
TABELLER/FIGURER	17
BILAGOR	21
REFERENSER	23

## **FÖRORD**

Under de senaste åren har arbetsgivarpart beställt allt fler uppdrag till vår Företagshälsovård i form av önskemål om Hälsoprofilbedömning till personal. Tanken växte i takt med efterfrågan – Vilka resultat erhålls av utförda Hälsoprofilbedömningar? Denna studie har möjliggjorts tack vare Tandvårdsförvaltningens personal. Tack riktas till min arbetsgivare som bidragit med tid och övergripande råd. Stort tack till Hälsoprofilbedömarna som utfört Hälsoprofilerna, delgivit mig sina erfarenheter och inskolat mig i Health Profile Institute metoden. Denna studie skulle inte ha tagit den form den gjort utan min handledare Carl-Edvard Rudebeck och min statistiske rådgivare Lars Brudin som på ett ovärderligt sätt hjälpt mig med stort engagemang och tålamod. Vid granskning av de studier som funnits på ämnet Hälsoprofilbedömning är det min förhoppning att detta arbete bidragit med ett nytt perspektiv.

Eva Nilsson

2013-03-28

# Leder Hälsoprofilbedömning till bättre hälsa?

## Jämförelse av personalgrupp med ett års intervall

**Författare:** Eva Nilsson, specialist i allmänmedicin

**Handledare:** Carl-Edvard Rudebeck, Professor II i allmänmedicin, Tromsö Universitet, Forskningshandledare i Landstinget i Kalmar Län. **Statistisk rådgivare:** Lars Brudin, Överläkare, adj Professor i Klinisk vetenskap vid Hälsouniversitetet i Linköping

Projektarbete vid Uppsala Universitets Företagsläkarutbildning 2012/13

## SAMMANFATTNING

### *Bakgrund*

Företag har mycket att vinna på att en medarbetare förbättrar sitt fysiska och psykiska välbefinnande. God hälsa ger ökad produktivitet, ökad arbetstillfredsställelse och minskad sjukfrånvaro. Studier har påvisat ett positivt samband mellan kondition och arbetsförmåga. Motiverande samtal har visat sig öka personers benägenhet att genomföra livsstilsförändringar. I det hälsofrämjande arbetet är Hälsoprofilbedömning enligt HPI Nordic en väl implementerad metod med lång historik och stor nationell spridning där majoriteten av bedömningarna utförs genom arbetsplatsen. Hälsoprofilbedömning baseras på beteendemedicinsk teori och kartlägger den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Syftet är att genom medvetandegörande kommunikation motivera individen till hälsofrämjande levnadsvanor.

### *Syfte*

Syftet med denna studie var att undersöka om en Hälsoprofilbedömning av en personalgrupp kan leda till positiva förändringar i levnadsvanor och hälsa.

### *Undersökt grupp och metod*

Samtliga anställda inom en förvaltning i offentlig sektor (n=371) erbjöds Hälsoprofilbedömning. Sammanlagt 247 genomförde både Hälsoprofil 1 och sedan Hälsoprofil 2 efter ett år. Dessa inkluderades i studien. Medelåldern uppgick till 51 år. 90 % av de undersökta var kvinnor.

### *Resultat*

Positiva men icke statistiskt signifikanta skillnader kunde iakttas efter ett år avseende egen bedömning av fysisk aktivitet, motionsvanor och kostvanor. Antalet tobaksbrukare minskade med 7 personer. En tredjedel av gruppen upplevde stress ofta eller mycket ofta där en tendens till ökning kunde ses. Upplevelse av hälsa var oförändrad. Fler personer hade gått upp i vikt än ner i vikt medan BMI var oförändrat. Vid konditionstest på cykelergometer sågs inga förändringar i slutbelastning, slutpuls eller upplevd ansträngningsgrad varför den obetydliga men statistiskt signifikanta ökningen av beräknad maximal syreupptagning sannolikt var orsakad av att samtliga deltagare blivit ett år äldre.

### *Slutsatser*

Hälsoprofilbedömning ledde inte till några förändringar i levnadsvanor och hälsa i gruppen som helhet. Det är möjligt att den för enskilda bidragit till levnadsförändringar som rökstopp och ökad motion. Hälsoprofilbedömning som modell överensstämmer väl med dagens hälsofrämjande arbete men dess positiva hälsoeffekter kan ifrågasättas.

”Om jag vill lyckas med att föra en människa  
mot ett bestämt mål måste jag först  
finna henne där hon är och börja just där ”

*Sören Kirkegaard*

## INLEDNING

Historiskt har begreppet hälsa haft sin utgångspunkt i filosofiska och religiösa tankesätt. Redan Rousseau sade ”*det finns inga sjukdomar bara sjuka människor*”. I den grekiska mytologin var Askleipos medicinens och helandets gud. Dottern Panakeia var gudinna över all terapi och dottern Hygiea över den goda hälsan som erfors genom sund levnad och moderation i allt (1). Platon menade att läkekonst var att förbättra och göra gott mot människan (2). Hälsa enligt WHO:s definition 1946: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (3). Enligt WHO (2006) inkluderar huvudfaktorerna för hälsa: social, ekonomisk, fysisk miljö samt personens individuella förutsättningar och levnadssätt. Hälsa skattas högt för hög livskvalité (4). Många faktorer i livet påverkar vår hälsa. I studier har det visats att människor har en vilja att leva sunt och har kunskap om vad som krävs för detta (5) men även att det kan vara svårt att påverka människors levnadsvanor (6). Livsstil är ett uttryck för hur individen väljer att leva utifrån sin livssituation. Levnadsvanor är en del av livsstilen. Det finns ett starkt samband mellan hälsorelaterade levnadsvanor och människors livsvillkor och sociala position (7). Historiskt sett har vi genom evolutionen genetiskt formats för överlevnadsanpassning, kampen för tillvaron, dagligt kroppsarbete för att överleva. Under det senaste seklet har våra livsvillkor förändrats radikalt. På ett effektivt sätt har den fysiska aktiviteten i vardagen rationaliserats bort. För att främja hälsan i dagens stillasittande samhälle är det av stor vikt att öka aktivitetsnivån både i arbetet och på fritiden (8).

Arbete är generellt sett en hälsofaktor. Arbete ger möjlighet att förtjäna sitt uppehälle – ger mening och struktur, främjar kreativitet och aktivitet. Skattar man sin hälsa som god och tror sig kunna arbeta om två år i nuvarande yrke med tanke på hälsan anses man ha en god arbetshälsa. Forskning från Sverige har visat att organisationer med gott ledar- o medarbetarskap, god kommunikation, gemensamma värderingar, ett organisationsklimat med måttliga krav och en god fysisk miljö stärker den hållbara arbetshälsan hos individen (1). I början av 2000-talet, då antalet sjukskrivningar i Sverige var rekordhögt formades idén till forskningsprojektet Hälsa och Framtid. Perspektivet var att titta på organisatoriska faktorer som främjar det friska (9). Perspektivet ändras från patogenetiskt förhållningssätt till ett salutogent förhållningssätt där man utgår från frisk- och skyddsfaktorer som påverkar hälsan i positiv riktning (10). Förutom det salutogena begreppet i Antonovskys hälsoteori lyfts även vikten av KASAM, vilket kan översättas till ”känsla av sammanhang”. Individens upplevelse av sin tillvaro som *begriplig, hanterbar, meningsfull* påverkar förmågan att hantera livet (10).

Vuxna spenderar mer tid på arbetet än någon annanstans (4). Enligt WHO (2009) är arbetsplatsen en av de prioriterade områdena för hälsopromotion under 2000-talet, då det påverkar fysisk, mental, ekonomisk och socialt välmående och dess infrastruktur ger en idealisk möjlighet att stödja hälsopromotion för en stor grupp (4).

Workplace health promotion definierades av European Network for Workplace health promotion (ENWHP 2007,) i Luxemburg deklARATIONEN “ som den kombinerade ansträngningen från arbetsgivare, anställda och samhället för att förbättra hälsa och välmående för människor på arbetet” (11).

Utvecklingen går mot att öka medvetenheten hos anställda hur man främjar hälsan (12,13). Företag har mycket att vinna på att medarbetare förbättrar sitt fysiska och psykiska välbefinnande (14). God hälsa ger ökad produktivitet, ökad arbetstillfredsställelse och minskad sjukfrånvaro (11,12,13,14). Studier har påvisat ett positivt samband mellan kondition och arbetsförmåga (15). I en studie publicerad 2004 fann man ett starkt samband mellan motionsvanor, allmän fysisk aktivitet och upplevd hälsa. De som var fysiskt inaktiva rapporterade oftare sämre hälsa än de fysiskt mer aktiva. Även den faktiska hälsan var kopplad till omfattning av fysisk aktivitet (16). Det finns evidens som talar för att hälsopromotions initiativ kan leda till kostnadsbesparingar (12). Det är inte bara information och kunskap som behövs för att förändra en människas livsstil eller levnadsvanor. Det krävs ofta inslag av andra faktorer såsom strategier för förändring, hantering av eventuella hinder samt motivation (8). Inläring och förändring förutsätter inre eller yttre motivation, av vilka den inre väger tyngst. Inre motivation bygger på individens intresse och stärks av de egna initiativen liksom av egenansvar. Vid förändring av levnadsvanor är det av stor vikt att individen tror på sig själv och upplever kontroll för att nå resultat (15). Motiverande samtal har visat sig öka personers benägenhet att genomföra livsstilsförändringar (17).

I det hälsofrämjande arbetet är Hälsoprofilbedömning enligt HPI Nordic en väl implementerad metod. Den har stor nationell spridning där majoriteten av bedömningarna utförs genom arbetsplatsen (17). Metoden har under många år utvecklats genom praktisk utprovning av friskvårdsarbete. Den har sitt ursprung från 1968 och fick sin benämning Hälsoprofil 1979. Den bygger på över 35 års erfarenhet och utvecklas kontinuerligt. Hälsoprofilbedömning har en tvärvetenskaplig grund baserad på beteende-medicinsk teori med förankring i både medicin, fysiologi, och beteendevetenskap. Metoden kartlägger den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Genom medvetandegörande kommunikation vill man väcka individens motivation till hälsofrämjande levnadsvanor (4,5).

Hälsoprofilbedömning grundar sig på Gunnar Anderssons samt Sture Malmgrens forskning inkluderande deras medicinska doktorsavhandlingar från Linköpings Universitet (18,19). Flera studier har belyst Hälsoprofilbedömning enligt HPI Nordic från olika perspektiv och frågeställningar (5,17, 20-27). Närmare 15 000 personer med stor geografisk spridning har genomgått HPB grundkurs. De senaste 15 åren har fler än 100 000 Hälsoprofilbedömningar utförts per år. Totalt har det genomförts 1,5 miljoner Hälsoprofilbedömningar (28, 29).

De senaste åren har arbetsgivarpart beställt allt fler uppdrag till vår Företagshälsovård i form av önskemål om Hälsoprofilbedömning till personal. I samband med att höga sjukskrivningstal uppmärksammades inom Tandvårdsförvaltningen gavs företagshälsovården i uppdrag att utföra hälsoprofilbedömning till all personal inom förvaltningen med uppföljning efter ett år. Mot bakgrund av detta och diskussionerna inom vår företagshälsovård – Vilka resultat erhålls av utförda Hälsoprofilbedömningar? - tillkom denna studie.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie var att undersöka om en Hälsoprofilbedömning av en personalgrupp kan leda till positiva förändringar i levnadsvanor och hälsa.

Frågeställning:

- Leder Hälsoprofilbedömning till förbättring avseende hälsovanor, hälsoupplevelse, hälsodata vid ett års uppföljning?

## MATERIAL OCH METOD

### Undersökt grupp

Samtliga anställda inom Tandvårdsförvaltningen erbjöds Hälsoprofilbedömning på individbasis år 2011 med uppföljning med förnyad Hälsoprofilbedömning ett år senare. Totalt antal anställda 371. Hälsoprofil 1 genomfördes av 309 anställda. Hälsoprofil 2 genomfördes av 285 anställda. Sammanlagt 247 personer genomförde både Hälsoprofil 1 och Hälsoprofil 2. Dessa inkluderades i studien. I studien ingick 223 kvinnor samt 24 män. Medelåldern för kvinnorna vid Hälsoprofilbedömning 1 var 50,5 och för männen 50,8 år. Det förelåg inga signifikanta skillnader avseende ålder, längd eller yrkeskategori mellan de som kom båda gångerna och de som kom enbart vid en Hälsoprofilbedömning men gruppen som kom bara en gång vägde statistiskt signifikant mer och hade högre BMI, tabell 1. Klinikerna inom förvaltningen var spridda över länet geografiskt. Klinikstorlek varierade från 2-48 anställda per enhet. Bortfallet vid första Hälsoprofilbedömningen uppgick till 62 personer (17 %). Vid andra Hälsoprofilbedömningen beräknades bortfallet till 86 personer (23 %). Samtliga förekommande yrken inom tandvården inklusive administrativpersonal samt kanslipersonal ingick i studien. Återrapportering till enskild individ samt på förvaltningsnivå där varken klinik eller individuella resultat kunde utläsas.

### Metod

#### *Beskrivning av Hälsoprofilbedömning HPI Nordic*

Hälsoprofilbedömning är en metod för att motivera individer till förändringar av livsstilen, det vill säga en intervention, men den är också en metod för kartläggning av hälsa och levnadsvanor på gruppnivå. Som sådan kan den också användas för åtgärdsinsatser, utvärdering av friskvårdsinsatser på gruppnivå.

*Syften på individnivå:* 1) Skapa medvetenhet om den egna livsstilens betydelse för hälsan. 2) Skapa insikt i att en livsstilsförändring bygger på eget ansvar, eget beslut och ett eget val. 3) Möjlighet att genom uppföljande Hälsoprofilbedömning se resultat av livsstilsförändring. 4) Hänvisning till medicinsk utredning eller annan åtgärd utifrån avvikande resultat eller mätvärden.

*Syften på gruppnivå:* 1) Nulägesanalys som grund för strategiskt hälsoarbete. 2) Underlag för specifika anpassade hälsosatsningar. 3) Möjlighet att genom uppföljande Hälsoprofilbedömningar utvärdera effekterna av hälsoarbetsinsatser.

*Samtalsmetodik och procedur:* Samtalsmetodiken ”medvetandegörande kommunikation” syftar till att medvetandegöra livsstilens betydelse för hälsan och egen ansvaret hos individen. Health Profile Institute ger sedan 1994 kvalitetssäkring till auktoriserad/certifierad hälsoprofilbedömare. Testdeltagaren får i förväg fylla i ett frågeformulär innehållande 28



standardiserade frågor gällande hälsovanor/hälsoupplevelser den senaste månaden. Varje fråga innehåller fem svarsalternativ. Frågeformuläret används som underlag för samtalet mellan deltagare och testledare och registreras därefter i Plustoo databas (28,29)(bilaga 1).

Med fysiskt aktiv menas enligt Hälsobedömningsmodellen en fysisk aktivitet med minst måttlig ansträngning sammanlagt minst 30 minuter/dag minst 5 dagar/vecka. Varje tillfälle då man är fysiskt aktiv skall vara minst 10 minuter/gång. Hälsoprofilbedömaren kontrollerar vikt, längd, blodtryck samt frågor om diagnostiserat högt blodtryck, hjärtkärlmedicin, diabetes samt astma. För beräkning av konditionsnivå genomförs ett submaximalt cykeltest, vilket innebär att deltagaren skall belasta till ca 50 % av maximal syreupptagning, en vidarutveckling av Åstrandstestet (30). Deltagaren cyklar med en belastning som ger måttlig ansträngning. Puls samt upplevd ansträngning enligt Borg RPE skalan (31) noteras under testet som beräknas pågå ca 6 minuter. Vid Health Profile Institute jämförs testvärderesultaten (ml/kg/min) med svenska befolkningen (Liv 2000) vid beräkning i Plustoo databas. I Plustoo databas sammanställs data för indelning i så kallade åtgärdsgrupper som bygger på Gunnar Anderssons och Sture Malmgrens doktorsavhandlingar (18, 19). Nuvarande gällande åtgärdsgruppsindelning enligt Health Profile Institute modellen är daterad nov 2010. I det avslutande samtalet tolkas och diskuteras resultatet i Hälsoprofilen (bilaga 2) varefter deltagaren får lyfta fram förändringar som denne ämnar genomföra. Tidsåtgång beräknas till ca 90 minuter per Hälsoprofilbedömning.

### *Övriga parametrar*

I denna studie har förutom Hälsoprofilbedömning enligt ovan även blodsockermätning inkluderats då detta ingick i uppdraget mot Tandvårdsförvaltningen. Icke fastande kapillärt blodsocker (Hemocue Glucose 201) togs på deltagarna i samband med hälsoprofilbedömningen. Om detta blodsockervärde uppmättes till 7,4 eller högre beställdes ett fastande venöst blodsocker. Vid förhöjt fastebloodsocker etablerades kontakt med vederbörande husläkare för vidare behandling och uppföljning. För de individer där förhöjt blodtryck uppmättes erbjöds uppföljande kontroll av blodtrycket via företagshälsovården. Vid upprepade förhöjda blodtrycksvärden över gränsnivån etablerades kontakt med respektive husläkarmottagning för uppföljning. Hälsoprofilbedömarna som utförde Hälsoprofilbedömningarna utgjordes av 2 företagssjuksköterskor vid första Hälsoprofilbedömningen, 1 företagssjuksköterska vid andra Hälsoprofilbedömningen samt 3 företagssjusköterskor/ergonomer. Samtliga certifierade Hälsoprofilbedömare.

### *Data analys och statistik*

Rådata erhöles från Plustoo databas i Excel-format. Detta importerades oidentifierat och analyserades i det kommersiella statistikprogrammet Statistica version 10 (Statistica;StatSoft, Tulsa, OK, USA). Skillnader mellan det första och andra testet utfördes med Wilcoxon's icke-parametriska parade test vid ordnade variabler och skillnader mellan de som ställt upp båda gångerna jmf övriga analyserades med Mann-Whitney's U-test. Sjukskrivningsstatistik erhöles via Heroma/Qlic Wiew.

## RESULTAT

Resultat presenteras i grupperna

- Hälsovanor – fysisk aktivitet, motionsvanor, kostvanor, tobaksbruk, alkoholvanor
- Hälsoupplevelser – upplevd stress på arbetsplatsen, upplevd hälsa
- Hälsodata – blodtryck, blodsocker, vikt, BMI, tesvärde (ml/kg/min), max syreupptagning/min
- Åtgärdsgrupp – livsstilsindelning, sjukskrivningstal

### Hälsovanor

86 % (212) av deltagarna klassades som fysiskt aktiva vid Hälsoprofilbedömning 1. En förbättring i fysisk aktivitet sågs med 2 % (5 personer) vid Hälsoprofilbedömning 2. Förändring till det bättre hade skett avseende motionsvanor samt promenad/cykel till och från arbetet med 4 (10 personer) respektive 3 % (7 personer).

Vad gäller kostvanor uppgav 86 % (212) av deltagarna bra kosthållning vid uppföljningen, en förbättring med 2 % (5) mellan testtillfällena.

Antalet rökare minskade med totalt 6 personer. Det var ffa de som rökt vid enstaka tillfällen som slutat röka helt, 5 personer. En dagligrökare slutade röka helt. Totalt 222 personer var icke rökare vid testillfälle 2. En person hade slutat snusa och en person hade minskat sin snuskonsumtion. Totalt 14 personer av 247 snusade vid testillfälle 2.

Svarsalternativen gällande alkohol indelades enligt följande;

”Jag bedömer att mina alkoholvanor ur hälsosynpunkt är.....”

1. Mycket dåliga
2. Dåliga
3. Varken bra eller dåliga
4. Bra
5. Mycket bra

Svarsalternativen 3-5 bedömdes som bra i vilken grupp 98,7% (244) av de svarande hamnade vid testillfälle 2. Det som hänt mellan testtillfälle 1 och 2 var att fler personer ändrat svar från 5 till 4 respektive 3 till 4. En person bytte svarsalternativ från 2 till 1.

### Hälsoupplevelser

Vid frågan rörande stressupplevelse på arbetsplatsen framkom att majoriteten 69-70 % (171 personer) inte kände stress ”ofta” eller ”mycket ofta”. Vad man såg mellan test 1 och 2 var att upplevelse av stress på arbetet ”mycket ofta” ökat med 4 % (10 personer), tabell 2.

Upplevelse av hälsa till kropp och själ rapporterades som ”bra” eller ”mycket bra” i 79-80% (196) av fallen. Vi jämförelse mellan testtillfälle 1 och 2 såg man en förflyttning från

svarsalternativet ”varken bra eller dålig” mot ”dålig”, ”mycket dålig” samt ”bra”, ”mycket bra”, tabell 3.

### **Hälsodata**

20 personer (8 %) uppgav diagnostiserat högt blodtryck vid testtillfälle 1, vid testtillfälle 2 tillkom 5 personer (2 %). Vid första testtillfället uppmättes förhöjt blodtryck (>140/90) för 37 individer. Vid testtillfälle 2 uppmättes förhöjt blodtryck för 29 individer. Ingen signifikant förändring avseende blodtryck kunde ses, tabell 4. Diabetes rapporterades inte för någon individ vid testtillfälle 1, för en individ vid testtillfälle 2. Blodsockermätningar visade normala värden i 245 av fallen. Hjärtkärll medicin rapporterades av 9 % (22) av deltagarna vid testtillfälle 1 och för 13 % (32) vid testtillfälle 2.

Astma uppgavs av 10 av deltagarna vid båda testtillfällena.

En förbättring hos 7 % (17) av deltagarna presenterades i Plustoos databearbetningsprogram för registrering av hälsosam vikt dvs efter korrigering för fettfrivikt inkluderande testutförarens egna graderingsindelning i respektive grupp ”hälsosamvikt”, ”övervikt”, ”undervikt”. Om man ser till vedertagna objektiva mätvärden som vikt och BMI, kunde ingen signifikant förändring ses, tabell 4. För 79 av deltagarna var vikten oförändrad. För 76 av deltagarna uppmättes en vikt nedgång och för 92 personer hade en viktökning skett. Övervikt konstaterades i 32 % (79) av fallen, fetma i 10 % (25).

Maximal syreupptagning (l/min) jämförs i Health Profile Institutes Hälsoprofilbedömningsmodell i Plustoo databas. Vid jämförelse mellan Hälsoprofilbedömning 1 respektive 2 sågs den största förskjutningen från ”medel” mot ”mycket högre” nivå. Grupperna ”mycket lägre” inklusive ”lägre” minskade totalt från 14 % (35 personer) vid Hälsoprofilbedömning 1 till 12 % (30 personer) vid Hälsoprofilbedömning 2. Vid bedömning av Testvärde (ml/kg/min) framkom att en förskjutning skett från medelvärdesgruppen mot förbättrade testvärden. Framförallt gruppen ”mycket högre” hade ökat med 7,4 % (18 personer). Gruppen ”mycket lägre” värden minskade med 2,2 % (5 personer) och gruppen ”lägre” testvärden ökade med 1,7 % (4 personer). Man såg inga förändringar i slutbelastning, slutpuls eller upplevd ansträngning men däremot en statistiskt signifikant ökning av beräknad maximal syreupptagning, tabell 5. Man såg ingen koppling mellan stresskänsla på arbetet eller skattad hälsa och maximal syreupptagning.

### **Åtgärdsgrupp**

Kriterierna för indelningen i åtgärdsgrupp enligt Hälsoprofilbedömningsmodellen utgår från mindre bra hälsovanor, hälsoupplevelser och hälsodata (29). Enligt dessa åtgärdsindelningar fann man att andelen ”mycket bra livsstil och hälsodata” ökat med 0,4 % (1 person) medan gruppen ”bra livsstil och hälsodata” minskat med 1,6 % (4 personer). Gruppen ”behov av livsstilsförändring eller åtgärd” var oförändrad medan gruppen ”stort behov av livsstilsförändring eller åtgärd” ökat med 1,2 % (3 personer). Vid beräkning av om individer förbättrats i flera avseenden framkom inga statistiskt signifikanta skillnader (figur 1). 2008 uppvisade Tandvården sjukskrivningssiffror på 19,3 dagar per anställd och år. 2009 var

denna siffra 16,6, 2010 13,7 för att under projekttiden vara 13,3 dagar per anställd och år både 2011 och 2012.

## DISKUSSION

## Resultatdiskussion

## Hälsovanor

[illegible]

Kostvanorna i denna studie hade inte statistiskt signifikant förbättrats. Svaren speglar deltagarens egen bedömning av hur bra de egna kostvanorna upplevs och inte de reella kostvanorna. Här måste man naturligtvis beakta osäkerheten i enkätsvarets/intervjusvarets validitet och reabilitet, men det är inte sannolikt att det skulle föreligga en systematisk underrapportering av förändring i kostvanorna. Experter på området är dessutom långt ifrån eniga om vad som är hälsosamma kostvanor(29).

Enligt uppgift från Regional miljöhälsorapport 2009 röker 18 % av kvinnor och 14 % männen i Sverige. Bland kvinnorna snusar 4 % medan 19 % av männen snusar varje dag (34, 35). Bland tandvårdspersonalen där majoriteten var kvinnor rökte 10 % vid uppföljningen, vilket är något lägre än i genomsnittsbefolkningen. Antalet rökare minskade med 6 personer varav en var dagligrökare. Enligt Nationella folkhälsoenkäten rapporterades en minskning av dagligrökare bland män och kvinnor med 2 % mellan 2010 och 2011(36). Minskningen i undersökningsgruppen motsvarar ungefär den förväntade, men eftersom utgångsläget är lägre är det också möjligt att Hälsoprofilbedömningen haft effekt på individnivå. Tobaks skadliga

effekter är välkända och varje individ som slutar nyttja tobak bör ses som en vinst. Det tobaksförebyggande arbetet är av stor vikt. Nationellt diskuteras förslag till tobakspolicy för hälsofrämjande och förebyggande insatser (37). Om Hälsoprofilbedömningen bidrog till att den enskilde studiedeltagaren slutade nyttja tobak i denna studie är inte möjligt att bedöma.

Nära två av tio män i Sverige och en av tio kvinnor, i åldern 16-84 år har riskabla alkoholvanor enligt Statens folkhälsoinstituts gällande definition (35). I hälsoprofilbedömningsmetoden bygger alkoholuppgifterna på individens egna bedömning av sin alkoholkonsumtion, inte på standardiserad alkohol audit. Under senare år har det vetenskapliga underlaget stärkts för hur man kan beräkna skaderisk av alkohol vid olika konsumtionsnivåer och i olika grupper. Det finns i Sverige idag ingen konsensus om riktlinjer för lågkonsumtion av alkohol (38). I en liten jämförande studie med interventionsgrupp/kontrollgrupp, där Hälsoprofilbedömning ingick i interventionsgruppen, kunde man inte finna någon nämnvärd förändring gällande alkoholvanor (25). Det kunde man inte heller i denna studie.

### *Hälsoupplevelser*

Majoriteten av deltagarna upplevde sällan stress på arbetet. Andelen som upplevde mycket ofta stress på arbetet ökade, dock ingen signifikant ökning. Enligt Folkhälsopolitisk rapport 2010 har den självskattade arbetsorsakade ohälsan tenderat att minska under senare år när det gäller stressrelaterade besvär. Kvinnor anger dock oftare arbetsorsakad ohälsa än män (35). Tandvården är en kvinnodominerad arbetsplats, här var 90 % kvinnor. Tandvården rapporterar höga produktionskrav. Omorganisation har skett de senaste åren som medfört förändringar i arbetsuppgifter och ansvar för tandläkare, tandsjuksköterskor och tandhygienister.

Självrapporterat allmänt hälsotillstånd har i flera studier visats vara en bra markör för att förutsäga framtida dödlighet. Generellt skattar kvinnor oftare än män att deras hälsa är dålig (34). Upplevelsen av att hälsan var god noterades i högre grad i denna undersökning jämfört med svar från den nationella Miljöhälsoenkäten 2007 (34). Skillnaderna mellan testtillfällena är mycket små och kan ha med tillfälligheter och bedömning av svarsalternativens innebörder att göra dvs varierande svar vid olika tillfällen trots att upplevelsen inte ändrats. I ett treårigt friskvårdsprojekt där uppföljande Hälsoprofilbedömningar utfördes i fyra omgångar åren 2006-2009 var upplevd hälsa det område där man såg störst förbättring, nästan 30 %. I samma studie fann man nästan lika bra resultat rörande fysisk aktivitet, dessa förändringar var dock inte statistiskt signifikant prövade, se hälsovanor ovan(23). I en annan studie har påvisats en förbättrad upplevd hälsa vid Hälsoprofilbedömning, dock inte statistiskt signifikant (25).

### *Hälsodata*

Vid blodsockerkontrollerna uppmättes förhöjda värden som ledde till fasteblodsockerkontroll i två fall. För en person diagnostiserades diabetes. Vid testtillfälle två hade fem personer erhållit diagnosen högt blodtryck sedan testtillfälle ett. Förekomst av hypertoni enligt definitionen uppmätt förhöjt blodtryck (>140/90) samt inkludering av personer med pågående läkemedelsbehandling mot hypertoni uppskattas till 27 % av den svenska befolkningen (20 år och äldre) (39). Nyttan av allmänna hälsokontroller har diskuterats. I en Cochrane översikt

och metaanalys granskades samtliga randomiserade studier av allmänna hälsokontroller i friska populationer. Medianuppföljningstiden i dessa studier var 9-10,4 år. Det kan vara så att studierna endast randomiserade individer med låg risk för sjukdom, att de med högre risk redan fångats upp av vården på andra sätt. Författarna drog slutsatsen att allmänna hälsokontroller av multipla organsystem i en generell vuxen population inte bör uppmuntras utan vidare forskning (40). I denna undersökning hade fler individer gått upp än ner i vikt. Ingen förändring av BMI i gruppen som helhet kunde ses. I en studie där man även påvisat förbättring gällande kost och motionsvanor, se ovan (22), såg man en marginell förbättring av vikten. I detta material där flera olika företag ingick var dock ca 80 % normalviktiga, medelålder på ca 45 år med ganska jämn fördelning kvinnor, män (22). Andelen vuxna med övervikt verkar ha avstannat under 2000-talet, men andelen är fortfarande historiskt hög. Övervikt och fetma förekommer hos varannan man och var tredje kvinna(35). I Plustoos databearbetningsprogram beräknas hälsosam vikt, korrigering för fettfrivikt inkluderande testutförarens egna graderingsindelning i respektive grupp "hälsosam vikt", "övervikt" samt "undervikt". Vid jämförelse av gruppen med bedömd hälsosamvikt, som var större än gruppen normalviktiga från BMI beräkning, har en positiv utveckling skett, 7 % förbättring, vilket inte kan återspeglas vid viktmätning eller BMI beräkning. Hälsosam vikt beräkningen inkluderar testledarens subjektiva bedömning. Testvärde och maximalsyreupptagning förbättrades där de med bra utgångsvärden föreföll förbättras mest. Vid konditionstest på cykelergometer sågs inga förändringar i slutbelastning, slutpuls eller upplevd ansträngningsgrad varför den obetydliga men statistiskt signifikanta ökningen av beräknad maximal syreupptagning sannolikt var orsakad av att samtliga deltagare blivit ett år äldre.

### *Åtgärdsgrupp*

Inga åtgärdsgruppsförändringar sågs i denna studie. I en liknande jämförande studie (n=665) hade gruppen med bra livsstil samt mycket bra livsstil ökat, dock marginellt (22). I två kvalitativa intervjuundersökningar upplevde deltagarna Hälsoprofilbedömningen som positiv och att man blev "lyssnad till" (20, 26). Den ursprungliga anledningen till att Tandvårdsförvaltningen beställde uppdraget Hälsoprofilbedömning var det höga sjukskrivningstalet, vilka inte påverkats under studietiden. Det faktum att sjukskrivningstalet inte påverkats talar emot att Hälsoprofilbedömning i sig i denna undersökning har påtagliga hälsofrämjande effekter.

### *Är hälsoprofilbedömning en effektiv intervention?*

En reflektion vid genomgång av Health Profile Institute egna material (28, 29) är att referenser och underlag till stor del bygger på grundarnas egen forskning med historik tillbaka till 1960-talet. Jag har inte haft framgång i försöken att finna aktuella större, och/eller kvalitetsgranskande studier av Hälsoprofilbedömningsmetoden. I en uppsats med syftet att göra en kritisk analys av Hälsoprofilbedömningsinstrumentet studerades mer om innehållet i Hälsoprofilbedömningen var aktuell i relation till dagens forskning inom hälsoområdet. Man konkluderade att vissa delar tex kost-, stress- och alkoholfrågorna var i behov av uppgradering (41).

## Metoddiskussion

Som intervention bygger Hälsoprofilbedömningen på medvetandegörande kommunikation där samtalets kvalitet får stor betydelse för resultatet av Hälsoprofilen. Metoden innehåller flera delar där testledarens subjektiva bedömningar ingår. Health Profile Institute ställer inga förkunskapskrav på dem som utbildas till certifierade Hälsoprofilbedömare vilket innebär att baskunskaperna för den enskilde Hälsoprofilbedömaren kan variera stort. Testledarna i denna studie är desamma förutom att en sjuksköterska slutade vid årsskiftet 2011-2012. Testledarna har god basutbildning i form av företagssjuksköterskeutbildning respektive sjukgymnast/ergonomutbildning samt har i möjligaste mån varit testledare för samma testdeltagare vid de båda Hälsoprofilerna. I kartläggningsdelen får den enskilda testledarens bedömning stor vikt, eftersom det är testledarens sammanfattande värdering som blir det slutliga registrerade svaret i hälsoenkäten. Här finns en osäkerhet i metoden, med risker för bias, som påtagligt försvårar värderingen av resultaten, både specifikt i denna undersökning och i Hälsoprofilbedömningen över huvudtaget. Interventioner som utförts inom förvaltningen under studieperioden är bla Introduktionsutbildning för nyanställda. Hälsoservice infördes 2011-01-01 och pågår fortfarande. Hälsoservice innebär att en sjuksköterska på Företagshälsovården ringer upp den anställda första sjukdagen. Förutom detta har sedvanliga rutinuppdrag utförts såsom Lagstadgade undersökningar, Ergonomiöversyn mm. Dessa interventioners påverkan på resultatet av Hälsoprofilbedömningen är oklar.

Bortfallet vid andra tillfället kan delvis förklaras av pensionsavgång eller byte av anställning utanför aktuell förvaltning. De personer som inte kom till båda testerna vägde statistiskt signifikant mer än studiegruppen, vilket ju inte påverkar resultatet i undersökningsgruppen. Man kan fråga sig om Hälsoprofilbedömningen når de bäst behövande och i nästa steg hur effektiv den är som intervention i gruppen med de största hälsoriskerna om dessa personer skulle ansluta.

### *Specifika metodfrågor*

Mellan de två testtillfällena beslutade Health Profile Institute att ta bort fettfrikroppsberäkning enl von Döbeln i Hälsoprofilmetoden (29). Vid beräkning av konditionstal utgår man från belastning, fettfrivikt och arbetspuls. Mellan testtillfällena omstrukturerades även konditionsindelningen varför jämförelsemöjligheterna försvårades, vilket är anledningen till att de inte presenterats. Submaximalt cykeltest enligt Åstrand används i första hand som ett test för att se förändringar i fysisk arbetsförmåga hos samma deltagare genom jämförelse av resultatet vid olika tillfällen. Trots stora metodfel, +/- 15 % vid 1 standardavvikelse, görs ändå beräkningar av maximal syreupptagningsförmåga både i l/minut och i ml/kg x minut (testvärdet) vid det enskilda testet. Den huvudsakliga orsaken till metodfelet är den stora variationen i maxpuls för olika individer i samma ålder (29, 30). Fördelen med submaximalt test är att man når fler – testet skall motsvara 50 % av maximalsyreupptagning och skall kunna genomföras av de allra flesta.

## SLUTSATS

Positiva men icke statistiskt signifikanta skillnader kunde iakttas avseende fysisk aktivitet, motionsvanor och kostvanor. Antalet tobaksbrukare minskade med 7 personer. En tredjedel av gruppen upplevde stress ofta eller mycket ofta där en tendens till ökning kunde ses.

Upplevelse av hälsan var oförändrad. Fler personer hade gått upp i vikt än ner i vikt medan BMI var oförändrat. Den största förändringen konstaterades för testvärden och maximal syreupptagning där man kunde se en positiv utveckling. Ökningen är sannolikt orsakad av att samtliga deltagare blivit ett år äldre. Hälsoprofilbedömning ledde inte till några förändringar i hälsa och levnadsvanor i gruppen som helhet. Det är möjligt att den för enskilda bidragit till levnadsförändringar som rökstopp och ökad motion. Hälsoprofilbedömning som metod överensstämmer väl med nutidens hälsofrämjande arbete med dess salutogena holistiska perspektiv på hälsa med egenansvar för den enskilda individen. Utifrån resultaten i denna studie där inga signifikanta förbättringar kunde påvisas kan man fundera över metodens effektivitet i förhållande till de insatser som erfodras. Den redovisade genomgången av de rapporter som framkommit på området ger inga övertygande belägg för att metoden är effektiv. Statistiska beräkningar saknas i flera studier. Metoden innehåller flera delar där testledarens subjektiva bedömning kan få stort inflytande, vilket kan påverka dess reliabilitet. En stor mängd Hälsoprofilbedömningar genomförs årligen där kommersiella intressen föreligger. Det är angeläget att metoden kvalitetsgranskas både som intervention och som metod för kartläggning.



## TABELLER

Tabell 1. Baslinjevärden som förutom åldern inte ändrats under ettårs-uppföljningen. Det förelåg signifikanta skillnader mellan de som kom båda gångerna och övriga gällande vikt och BMI.

Parameter	Båda undersökningarna		Endast första undersökningen		p*
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
<b>N</b>	24	223	9	51	
<b>Ålder (år)</b>					
<b>Medel (SD)</b>	50.8 (12.2)	50.5 (8.9)	44.7 (16.2)	51.2 (12.1)	0.970
<b>Median (range)</b>	55 (28 - 65)	53 (22 - 64)	37 (28 - 72)	55 (22 - 65)	
<b>≤44</b>	8 (33)	51 (23)	6 (40)	14 (17)	
<b>44-53</b>	2 (8.3)	74 (33.2)	0 (0.0)	8 (9.5)	
<b>54-58</b>	6 (25)	61 (27)	0 (0)	11 (13)	
<b>&gt;58</b>	8 (33)	37 (17)	3 (20)	19 (23)	
<b>Längd (cm)</b>					
<b>Medel (SD)</b>	180.8 (8.5)	166.1 (5.9)	181.7 (7.9)	165.5 (5.7)	0.418
<b>Median (range)</b>	180 (161 - 199)	166 (151 - 180)	179 (173 - 194)	166 (150 - 175)	
<b>Vikt (kg)</b>					
<b>Medel (SD)</b>	84.6 (14.7)	68.5 (11.0)	82.4 (7.7)	74.9 (15.8)	0.004
<b>Median (range)</b>	83 (64 - 136)	67 (48 - 106)	81 (74 - 96)	74 (51 - 137)	
<b>BMI (kg m<sup>-2</sup>)</b>					
<b>Medel (SD)</b>	25.8 (3.4)	24.8 (3.6)	25.0 (1.4)	27.2 (5.0)	0.003
<b>Median (range)</b>	25.0 (19.8 - 34.3)	24.3 (18.6 - 35.0)	24.8 (22.7 - 26.8)	26.6 (19.7 - 45.3)	
<b>Systolisk blodtryck</b>					
<b>Medel (SD)</b>	126.0 (14.2)	127.6 (14.8)	126.1 (21.5)	133.9 (19.2)	0.069
<b>Median (range)</b>	128 (100 - 155)	125 (90 - 170)	120 (100 - 170)	130 (100 - 190)	
<b>Diastolisk blodtryck</b>					
<b>Medel (SD)</b>	77.0 (10.6)	78.5 (9.1)	76.1 (10.2)	82.4 (9.1)	0.041
<b>Median (range)</b>	75 (60 - 95)	80 (55 - 101)	70 (60 - 90)	80 (65 - 105)	
<b>Yrkeskategori</b>					
<b>Tandläkare</b>	21 (88)	41 (18)	10 (67)	20 (24)	0.582
<b>Ssk_Hygn_Ortod</b>	3 (12.5)	172 (77.1)	4 (26.7)	62 (73.8)	
<b>Adm personal</b>	0 (0.0)	10 (4.5)	1 (6.7)	2 (2.4)	

\*) Jämförelse mellan de som gjort båda jmf de som bara gjort den första undersökningen.

Mann-Whitneys U-test för kontinuerliga variabler och Chi-2 för kategorier.

Tabell 2. Upplevelse av stress på arbetet (HPB 1= Hälsoprofilbedömning 1, HPB 2=Hälsoprofilbedömning 2).

Antal (%)	Testomgång		Skillnad (HSB2-HSB1)	
	HPB1	HPB2	Absolut	Relativ
<b>Mycket ofta</b>	14 (5,7 %)	24 (9,7 %)	10 (4,0 % enh)	71,4%
<b>Ofta</b>	61 (24,7%)	53 (21,5%)	-8 (-3,2 % enh)	-13,1%
<b>Då och då</b>	121 (49,0%)	125 (50,6%)	4 (1,6 % enh)	3,3 %
<b>Sällan</b>	50 (20,2%)	41 (16,6%)	-9 (-3,6% enh)	-18,0%
<b>Aldrig</b>	1 (0,4 %)	4 (1,6 %)	3 (1,2 % enh)	300 %
<b>Totalt</b>	247 (100 %)	247 (100 %)	-	-

Tabell 3. Upplevelse av hälsa till kropp och själ (HPB 1=Hälsoprofilbedömning 1, HPB 2=Hälsoprofilbedömning 2)

Antal (%)	Testomgång		Skillnad (HSB2-HSB1)	
	HPB1	HPB2	Absolut	Relativ
<b>Mycket dålig</b>	0 (0,0 %)	1 (0,4 %)	1 (0,4 % enh)	-
<b>Dålig</b>	5 (2,0%)	6 (2,4 %)	1 (0,4 % enh)	20,0%
<b>Varken bra eller dålig</b>	48 (19,4%)	43 (17,4%)	-5 (-2,0% enh)	-10,4%
<b>Bra</b>	163 (66,0%)	165 (66,8%)	2 (0,8 % enh)	1,2 %
<b>Mycket bra</b>	31 (12,6%)	32 (13,0%)	1 (0,4 % enh)	3,2 %
<b>Totalt</b>	247 (1)	247 (1)	-	-

Tabell 4. Förändringar i vikt, BMI och blodtryck under ett-årsuppföljningen.

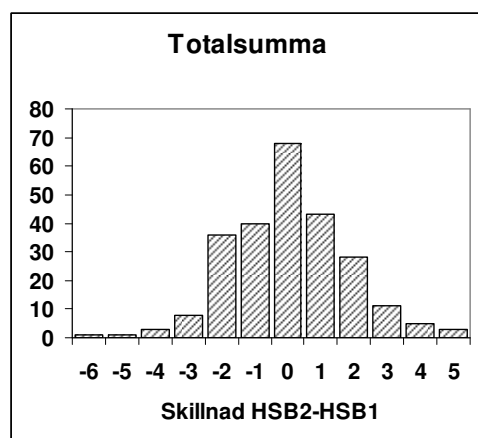
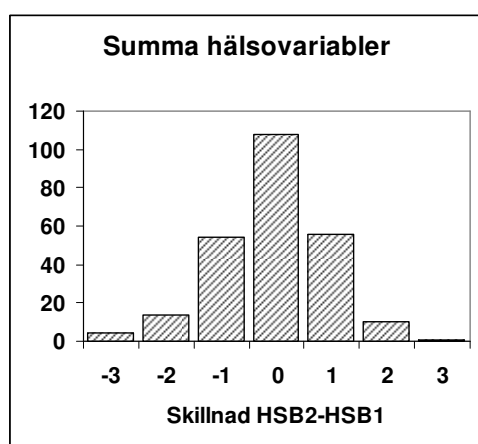
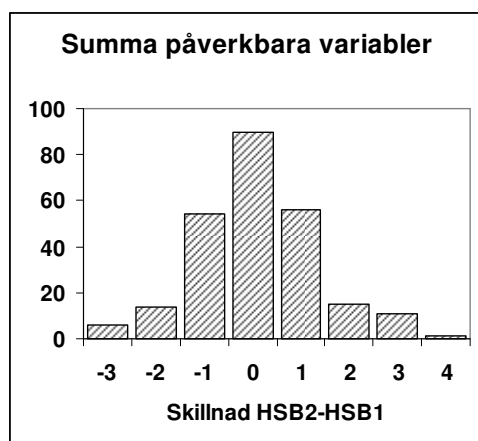
Parameter	Baseline	Uppföljning	Skillnad	p*
<b>N</b>	247	247	-	
<b>Vikt (kg)</b>				
<b>Medel (SD)</b>	70.0 (12.3)	70.2 (12.5)	0.2 (2.5)	
<b>Median (range)</b>	68 (48 - 136)	69 (48 - 133)	0 (-12 - 12)	0.143
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>				
<b>Medel (SD)</b>	24.9 (3.6)	25.0 (3.7)	0.1 (0.9)	
<b>Median (range)</b>	24 (19 - 35)	25 (19 - 38)	0 (-4 - 4)	0.198
<b>Systolisk blodtryck (mmHg)</b>				
<b>Medel (SD)</b>	127.5 (14.8)	126.7 (14.8)	-0.7 (12.4)	
<b>Median (range)</b>	125 (90 - 170)	125 (90 - 205)	0 (-30 - 55)	0.159
<b>Diastolisk blodtryck (mmHg)</b>				
<b>Medel (SD)</b>	78.4 (9.3)	79.1 (10.9)	0.8 (9.7)	
<b>Median (range)</b>	80 (55 - 101)	80 (50 - 160)	0 (-20 - 65)	0.386

\*) Wilcoxon's parade test

Tabell 5. Förändringar i konditionsmätningen under ett-årsuppföljningen.

Parameter	Baseline	Uppföljning	Skillnad	p*
<b>N</b>	229	229	-	
<b>Slutbelastning</b>				
<b>Medel (SD)</b>	84.1 (20.7)	85.8 (24.0)	1.7 (15.1)	
<b>Median (range)</b>	75 (50 - 150)	75 (50 - 250)	0 (-50 - 100)	0.133
<b>Slutpuls</b>				
<b>Medel (SD)</b>	128.6 (12.7)	128.9 (12.2)	0.3 (11.2)	
<b>Median (range)</b>	126 (92 - 173)	127 (93 - 177)	1 (-34 - 38)	0.839
<b>Ansträngningsgrad (Borg)</b>				
<b>Medel (SD)</b>	13.1 (1.4)	13.1 (1.6)	0.0 (1.5)	
<b>Median (range)</b>	13 (8 - 17)	13 (6 - 18)	0 (-4 - 5)	0.922
<b>Beräknat VO<sub>2</sub>max</b>				
<b>Medel (SD)</b>	2.4 (0.6)	2.5 (0.6)	0.1 (0.4)	
<b>Median (range)</b>	2.4 (1.4 - 6.1)	2.4 (1.3 - 5.5)	0.0 (-0.8 - 1.4)	<0.001

## FIGURER



Figur 1. Förändring mellan de olika testomgångarna mätt som skillnad (HSB2-HSB1) av summan av de påverkbara variablerna tobak, alkohol, kost och motion (överst) respektive de hälsorelaterade variablerna stress på arbetet plus allmän hälsokattning (mitten). Nederst ses summan av dessa. HSB 2=Hälsoprofilbedömning 2, HSB 1=Hälsoprofilbedömning 1.

# HÄLSOPROFILBEDÖMNING™

## FRÅGEFORMULÄR

**HEALTH  
PROFILE  
INSTITUTE**

Förnamn (vänligen texta)

Efternamn (vänligen texta)

Personnummer (AAAA-YYYY-XXXX)

Alla frågor gäller den **SENASTE MÅNADEN**. Markera med kryss.

<b>FRITID</b>	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Mycket ofta
Jag ägnar mig åt studier, utbildning, föreningsliv ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag går på teater, utställning, konsert, bio, idrottsevenemang, café, pub ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag umgås med familj, släkt och vänner ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ägnar mig åt TV, dator, litteratur, musik ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ägnar mig åt övriga fritidsintressen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FYSISK AKTIVITET</b>	Aldrig	Då och då	1-2 ggr/vecka	3-5 ggr/vecka	Minst 6 ggr/vecka
Jag motionerar med syfte att bibehålla/ förbättra kondition, hälsa och välbefinnande ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag färdas till och från arbetet 5 dagar/vecka med hjälp av ...	Endast bil, buss eller tåg <input type="checkbox"/>	Promenad/cykel mindre än 10 min/dag <input type="checkbox"/>	Promenad/cykel 10-19 min/dag <input type="checkbox"/>	Promenad/cykel 20-29 min/dag <input type="checkbox"/>	Promenad/cykel minst 30 min/dag <input type="checkbox"/>
Jag är fysiskt aktiv på min fritid med minst måttlig ansträngning genom t ex friluftsliv samt skötsel av hus och trädgård ...	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mindre än 50 min/vecka <input type="checkbox"/>	50-99 min/vecka <input type="checkbox"/>	100-149 min/vecka <input type="checkbox"/>	Minst 150 min/vecka <input type="checkbox"/>
<b>KOST</b>	Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga	Bra	Mycket bra
Jag bedömer att mina kostvanor avseende både regelbundenhet och innehåll är ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOBAK</b>	Minst 20 cig/dag	11-19 cig/dag	1-10 cig/dag	Vid enstaka tillfällen/ "festnätter"	Aldrig
Jag röker ... Pipa eller annan tobak om räknas i cigaretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder ...	Minst 1 doser/dag	4-5 doser/vecka	2-3 doser/vecka	Vid enstaka tillfällen/ Högst 1 doser/vecka	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALKOHOL</b>	Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga	Bra	Mycket bra
Jag bedömer att mina alkoholvaner ur hälsosynpunkt är ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICIN</b>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Jag använder värktabletter ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder smärmedel ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder magmedicin ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder stömningsreglerande ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrig medicin: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UPPLEVDA SYMPTOM</b>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Jag har rygg/ackbesvär ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har värk ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har sömnrutinbrister ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har magbesvär ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag upplever trötthet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga symptom: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UPPLEVD STRESS</b>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Jag känner mig stressad på arbetet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig stressad avseende hela livssituationen även arbetet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UPPLEVD ENSAMHET</b>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Jag känner mig ensam på arbetet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig ensam avseende hela livssituationen även arbetet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UPPLEVD HÄLSA</b>	Mycket dålig	Dålig	Varken bra eller dålig	Bra	Mycket bra
Jag upplever att min hälsa till kropp och själ är ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ett tvärvetenskapligt utprovat koncept

Av HPI Health Profile Institute utbildad Hälsoprofilbäddare

## REFERENSER

1. SOU. God Arbetsmiljö - en framgångsfaktor. Stockholm: SOU (Statens Offentliga Utredningar); 2009:47.
2. Hansson A. Hälsopromotion i arbetslivet. Malmö: Studentlitteratur; 2004.
3. WHO 1946. [www.who.int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html)
4. European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA.  
Motivation for employees to participate in workplace health promotion. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
5. Andersson G, Malmgren S, Johrén A &. Effektiv friskvård – Lönsammare företag.  
Halmstad: Arbetarskyddsnämnden; 2004.
6. Andersson G, Malmgren S &. Två studier som belyser Hälsoprofilsbedömning som instrument för screening och beteendepåverkan. 1989.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Folkhälsoinstitutet. 2005.
8. Faskunger J, Hemmingsson E. Vardagsmotion, vägen till hållbar hälsa, fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring. Stockholm: Forum; 2005.
9. Nycklar till friska företag. Resultat från forskningsprojektet Hälsa och framtid. Stockholm: Prevent; 2009.
10. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 1991.
11. European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA.  
Motivation for employers to carry out workplace health promotion. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
12. Menckel E & Thomsson H. Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser? Stockholm: Prevent; 1997.
13. Folkhälsoinstitutet. Hälsofrämjande som affärsstrategi – fakta och argument. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2001.
14. Ljusenius T, & Rydqvist L-G. Friskt ledarskap – lönar sig. Stockholm: Prevent; 2004.
15. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM &. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks. J Occup Rehab. 2012.
16. L-M Engström, F Lindgärde. Motion och upplevd hälsa bland män och kvinnor, fysiskt aktiva mår bättre. Läkartidningen. 2004;101:1387-93.

17. Hamrén-Larsson M, Kvist S, Hälsoprofilbedömning – en metod för förändring av levnadsvanor. C-uppsats i folkhälsopedagogik 20 p. Högskolan Kristianstad. 2005.
18. Andersson G. The Importance of exercise for sick leave and perceived health. Linköping University Medical Dissertations nr 245. University of Linköping. Department of Preventive and Social Medicine. Sweden: 1987.
19. Malmgren S. A health information campaign and Health Profile Assessment as revelatory Communication. Linköping University Medical Dissertations nr 246. University of Linköping. Department of Preventive and Social Medicine. Sweden: 1987.
20. Axelsson L. Upplevelsen av metoden Hälsoprofilbedömning, en studie utförd på tre fokusgrupper. Kandidatuppsats 15 poäng. Göteborgs universitet. 2008.
21. Lidvall V-A. Den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan. Jämförelse mellan fysiskt aktiva och fysiskt inaktiva med fokus på upplevd stress och hälsa. Projektarbete 7,5 poäng företagssköterskeutbildningen. Lunds Universitet. 2009.
22. Örjansdotter Andersson C. Hälsoprofilbedömning – En väg till en bättre livsstil? Utvärdering av Hälsoprofilbedömning enligt Stråkenshus. Projektarbete 5 poäng företagssköterskeutbildningen. Lunds Universitet. 2007.
23. Brydewall K. Utvärdering av treårigt friskvårdsprojekt. Förändring av fysisk aktivitet, motion, konditionstal samt upplevd hälsa. Projektarbete 7,5 poäng företagssköterskeutbildningen. Lunds Universitet. 2009.
24. Lillqvist Bennstam A. Kan hälsa mätas? En jämförande studie mellan två olika hälsobegrepp. Projektarbete företagsläkarutbildningen. Göteborgs Universitet. 2003.
25. Sparring F. Finns det någon nytta med individuell hälsopromotion i företagshälsovården? En interventionsstudie. Projektarbete företagsläkarutbildningen. Göteborgs universitet. 2005.
26. Hasselgren M. Efter hälsoprogrammet – En studie av upplevda hälsosituationer två år senare. C- och D-uppsats i socialt arbete 30 poäng. Malmö högskola. 2008.
27. Fridelind M. Skolpersonals hälsostatus – fysisk och psykisk hälsostatus kartlagd med Hälsoprofilsbedömningar. Examensarbete i Folkhälsovetenskap 15 poäng. Blekinge Tekniska Högskola. 2012.
28. <http://www.hpinordic.se/sv/metoder/hpb>
29. HPI Health Profile Institute AB. Copyright 2010.
30. Åstrand P-O, Rodahl K, Dahl H AStrömme S B. Textbook of Work Physiology – Physiological Bases of Exercise. USA: Human Kinetics; 2003.
31. Borg G. Upplevd ansträngning som mått på arbetsintensitet, Konditionsträning i teori och



praktik. Stockholm: Idrottens forskningsråd, Sveriges Riksförbund;1988.

32. Statens Folkhälsoinstitut. Hälsofrämjande som affärsstrategi-fakta och argument. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2001.

33. SBU – Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. Metoder för att främja fysisk aktivitet. Systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2006. Rapportnr:181.

34. Regional miljöhälsorapport 2009. Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län. 2009.

35. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010, Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2010. Rapport 2010:16.

36. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor?2011. Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2012. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. 2012.

37. Boethius G, Gilljam H. Tobacco endgame-strategin-etisk utmaning för läkarkåren. Läkartidningen. 2013;110:128-9.

38. Allebeck P, Espman E, Andreasson S. Svenska riktlinjer för lågriskbruk av alkohol behövs. Läkartidningen. 2013;110:138-9.

39. SBU – Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. Måttligt förhöjt blodtryck. Systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2007. Rapportnr: 170/1U.

40. Krogstoll LT et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease; Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.2012; 345:e 7191.

41. Carlund C. En kritisk analys av ett Hälsoprofilbedömningsinstrument. Kandidatuppsats sektionen för hälsa och samhälle. Högskolan i Halmstad. 2007.

