

Kan hälsa mätas ?
En jämförande studie mellan två
olika hälsobegrepp

Agneta Lillqvist Bennstam
Gunilla Wieslander

Projektarbete vid företagsläkarkursen,
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs Universitet 2002/03

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning	5
Undersökt grupp	6
Metod	7
Resultat	7
Diskussion	9
Litteraturreferenser	11

FÖRORD

Författaren vill tacka de personer som möjliggjort denna studie. Främst anställda vid det företag som frivilligt genomgått undersökningar och personalansvariga, som månat om anställdas välbefinnande. Tack riktas även till min arbetsgivare, som förutom att ha möjliggjort min företagsläkarutbildning, även bidragit till denna undersöknings genomförande. Mitt varma tack riktas även till min handledare under projektarbetstiden, Gunilla Wieslander, docent vid Institutionen för Medicinska vetenskaper/Arbets- och miljömedicin, Uppsala.

Agneta Lillqvist Bennstam

ABB Hälsan AB
Lyviksvägen 1 A
771 80 Ludvika

tel.: 0240 78 20 32

fax: 0240 78 22 04

e-post: agnetalillqvist.bennstam@se.abb.com

SAMMANFATTNING

De senaste åren har i Sverige och Europa, bland yrkesarbetande noterats en ökning av långtidsfrånvaro på grund av sjukskrivning samt sjukpensionering. Detta medför stora kostnader för de berörda länderna. I Sverige har debatten om hur detta ohälsotal skall sänkas, förts på olika nivåer och i olika forum. Regeringens utredare för "Ökad hälsa i arbetslivet", Jan Rydh, har lyft fram vikten av tidig rehabilitering samt värdet av att kunna identifiera riskpersoner.

Syftet med denna studie var att utvärdera om hälsa kan mätas, samt att jämföra två olika metoders möjlighet att screena riskindivider. Vald definition av hälsa, avgör valet av modell för hälsoundersökning. I denna studie jämförs två modeller, en biomedicinsk och en beteendemedicinsk. Studiematerialet utgörs av 33 ledare med personalansvar, på ett av de företag som anlitar ABB Hälsan. En biomedicinsk undersökning omfattande laboratorieanalys, blodtrycksmätning, EKG om individen är ≥ 50 år, samt uträkning av Body Mass Index (BMI), utfördes först på individen. Därefter följde en beteendemedicinsk metod, Hälsoprofilbedömning, som utgörs av ett individuellt frågeformulär, konditionstest samt samtal kring resultatet.

Den biomedicinska undersökningen lyfte fram 21 individer som riskpersoner, detta grundat på förhöjda kolesterol och BMI värden. Den beteendemedicinska undersökningen lyft fram 16 individer som riskpersoner, detta grundat på hälsovanor, hälsopplevelser och hälsodata.

En biomedicinsk undersökning, som i alla avseenden fastställer en persons hälsa, kan knappast utformas. En beteendemedicinsk undersökning kan fastställa en persons behov av livsstilsförändring och motivera personen till detta i ett givet ögonblick. Det är svårt att uttala sig om denna förmåga i framtiden, då livssituationen eventuellt förändrats. Hälsa kan knappast mätas så att garanti kan lämnas om personens status på lång sikt.

Ytterligare forskning krävs för att utvärdera denna frågeställning.

INLEDNING

För drygt 10 år sedan drabbades Sverige av bank- och valutakriser, som kom att medföra en vändpunkt för det svenska näringslivet. Det ställdes därefter allt större krav på rationalisering och ökad flexibilitet hos anställda och arbetsgivare. Sverige intog då en tätposition bland de internationella produktivitetstendenserna. De ökade kraven på flexibilitet, snabbhet och kortare produktionsstider har bidragit till en hög intensitet i arbetslivet, som i sin tur medfört en kraftig ökning i långtidssjukfrånvaro och sjukpensionering i förtid. Downsizing och outsourcing av företag, efter amerikansk förebild, ökar långtidssjukfrånvaron bland de anställda som blir kvar i arbete, enligt en finsk studie. Detta noteras inte bara i Sverige, utan berör också övriga medlemsstater i Europeiska Unionen (1).

Utslagning drabbar allt flera i arbetslivet och detta medför stora kostnader för de berörda länderna. Utgifterna per år, inom EU, för stress, utbrändhet, frånvaro, arbetsolyckor och sjukdomar uppskattas till ca 200 miljarder kronor. Den svenska statens utgifter för sjukpenning och förtidspension var år 2001 ca 92 700 000 000 kr, vilket motsvarar drygt 1/10 av statens totala utgifter (1). I Sverige har de årliga utgifterna för sjukpenning nästan fördubblats under perioden 1998 – 2001. Det är att notera att dessa utgifter enbart berör utbetalade dagar från Socialförsäkringen, inte de dagar som ersätts av arbetsgivaren (2).

Sedan slutet av 90-talet pågår i Europa ett forsknings- och utvecklingsprojekt om arbetslivsutvecklingen, SALTSH programmet. Ett 20 tal forskare från Europa och USA deltar i projektet och representerar sju olika akademiska discipliner. En av de första frågorna som studerades var problemet med intensiva arbetsformer, som konsumerar människor och behovet av att utarbeta mera hållbara arbetsformer. Forskarna ville identifiera en arbetsform som kan regenerera människor och ge dem utvecklingsmöjligheter (1).

Studier i bl.a. Finland, Frankrike och Sverige har visat att organisatoriska faktorer, speciellt organisationsförändringar, har stor betydelse för hälsa och sjukfrånvaro hos de anställda. Huvudresultatet i en statlig utredning i Sverige, om det ökade antalet och orsaker till långtidssjukskrivningar, är att de ohälsosammaste arbetsplatserna idag är de kommunala. Utredningen fastslår, att den stora variation i antalet sjukskrivningsfall som föreligger mellan olika kommuner, beror på organisatoriska olikheter. Samma utredning lyfter resultat från studier på grupp- och individuell nivå, där sambandet mellan hälsa och sjukfrånvaro ifrågasatts. Författarna anger att ökningen av sjukfrånvaron i Sverige de senaste fem åren i mycket begränsad utsträckning kan kopplas till en ökad ohälsa i befolkningen (3). Inte bara de kommunala arbetsplatserna drabbas idag av ett ökande ohälsotal. Även privata företag och andra arbetsplatser rapporterar idag om ett ökat antal sjukskrivna personer bland sina anställda.

Debatten om hur detta ohälsotal skall sänkas och vad det beror på, förs på många nivåer och i olika forum. Jan Rydh, den svenska regeringens utredare för "Ökad hälsa i arbetslivet", understryker vikten av rehabilitering i ett tidigt stadium (4). Av oerhört stort värde är också att identifiera de personer, som kan tänkas drabbas av ohälsa. Detta är av stor vikt ur ett ekonomiskt perspektiv men även ur individens perspektiv.

I litteratur, forskningsrapporter och måldokument på olika nivåer används idag begreppen hälsa och hälsofrämjande utan att någon definition ges. Detta har uppmärksammats av svenska forskare, som gjort en litteraturstudie över dessa begrepp. Det finns idag två inriktningar i synen på hälsa, det biomedicinska, där hälsa ses som motsats till sjukdom, och det humanistiska, där det finns två grupperingar, dels där man ser hälsa och sjukdom som ett kontinuum och dels där hälsa och sjukdom ses som olika dimensioner. WHO har idag en annan formulering av begreppet hälsa än den som uttrycktes 1948. Hälsa anges som en process, ett tillstånd som inte är statiskt, och inte enbart som något som människan har. WHO:s syn grundar sig på en människosyn, där individen är aktiv och har möjligheter att ta fasta på sin egen förmåga, sin relation till omgivningen och på sina levnadsvanor. Man kan ana att det idag sker en nyorientering i synen på hälsa och samhällets insatser för hälsa, ett paradigmskifte äger rum, från förebyggande av sjukdom till stärkande av hälsa (5).

Baserad på den definition av hälsa som valts, kan olika undersökningar bli aktuella, om man vill screena individer med ohälsa. Ett hälsobegrepp, som definieras som frånvaro av sjukdom, innebär att medicinska undersökningar och blodprover avgör om individen har god eller dålig hälsa. En annan syn på hälsa, där individens egen förmåga att påverka sina levnadsvanor betonas, innebär att andra undersökningar bör göras. Exempel på en sådan undersökning kan vara den modell som utarbetats vid "Hälsoprofilinstitutet" av Gunnar Andersson och Sture Malmgren, och som fått namnet "Hälsoprofilbedömning". Denna metod har en tvärvetenskaplig grund och är baserad på beteende-medicinsk teori (6).

Ett av de företag, som är anslutna till ABB Hälsan AB i Ludvika, har de senaste åren gjort sammanställningar över andelen sjukskrivna bland sina anställda och följer denna utveckling. Personalansvariga är angelägna om att motverka en ökning av antalet sjukskrivna och har vänt sig till företagshälsan för att diskutera hur detta skulle kunna vara möjligt. Frågan som ställdes var om man via någon undersökning skulle kunna screena de personer som ligger i riskzonen, för att i framtiden kunna bli sjukskrivna kortare eller längre tid. Efter flera diskussioner kring olika alternativ, beslutades att göra en kombinerad undersökning av en grupp ledare, alla med personalansvar, på företaget. Dels skulle en sedvanlig medicinsk undersökning och dels en Hälsoprofilbedömning göras på alla ledare. Detta innebar att en biomedicinsk och en humanistiskt inriktad undersökning gjordes.

Syftet med studien var att utvärdera om hälsa kan mätas, samt att jämföra möjlighet hos två olika metoder, en biomedicinsk och en beteendemedicinsk, att screena riskindivider.

UNDERSÖKT GRUPP

Den undersökta gruppen, som utgör studiens material, består av en grupp ledare med personalansvar på ett av de företag, som anlitar ABB Hälsan. Gruppen utgörs av 38 personer, fyra kvinnor och 34 män, i åldrarna 30 till 63 år. 20 av dessa är 50 år eller äldre och i den gruppen finns endast 1 kvinna.

Då deltagande i undersökningarna var frivilligt avböjde några personer. Två personer ville inte delta i den medicinska undersökningen och i Hälsoprofilbedömning ville fem personer inte delta. Studiens material utgörs alltså av 33 personer, fyra kvinnor och 29 män.

Denna grupp var ej definierad som varande i riskzon för ohälsa, men företagsledningen valde den för att genomföra undersökningen. Ledningen såg detta som ett erbjudande, som gav uttryck för omsorg om denna grupp och förhoppningen var att de skulle uppfatta detta. Med denna omsorg ville man signalera en medvetenhet om gruppens utsatta situation.

METOD

Den grupp ledare med personalansvar, som utsetts få del av denna undersökning, informerades via e-post av bolagets personalansvarige. I detta meddelande, formulerad som en inbjudan, gavs information om de två delarna av undersökningen samt att den var frivillig. Det meddelades också att personal på ABB Hälsan var ansvariga för genomförandet av undersökningarna och att enskilda resultat inte skulle meddelas till företagets ledning, endast en sammanställning av hela gruppens resultat.

En sjuksköterska på ABB Hälsan gjorde den medicinska undersökningen på alla deltagare. Denna undersökning ägde rum innan personen gjorde sin Hälsoprofilbedömning (HPB). Samma friskvårdare på ABB Hälsan gjorde HPB på alla deltagare.

Den biomedicinska undersökningen omfattade följande prover; B-Hb, S-kolesterol, S-GT, U-glucos och U-protein. Blodtryck (BT), längd och vikt mättes och Body mass index (BMI) uträknades. För personer som var 50 år eller äldre gjordes en EKG registrering.

Den beteendemedicinska metod som valdes, HPB, består av två delar; ett frågeformulär, med frågor som personen skall svara på, och en konditionstest på cykel. Frågeformuläret innehåller frågor om "Hälsovanor" och "Hälsoupplevelser". Efter genomförd konditionstest noteras "Hälsodata", som utgörs av testresultat.

Rapporterat resultat och antal riskpersoner från respektive undersökningsmetod jämförs.

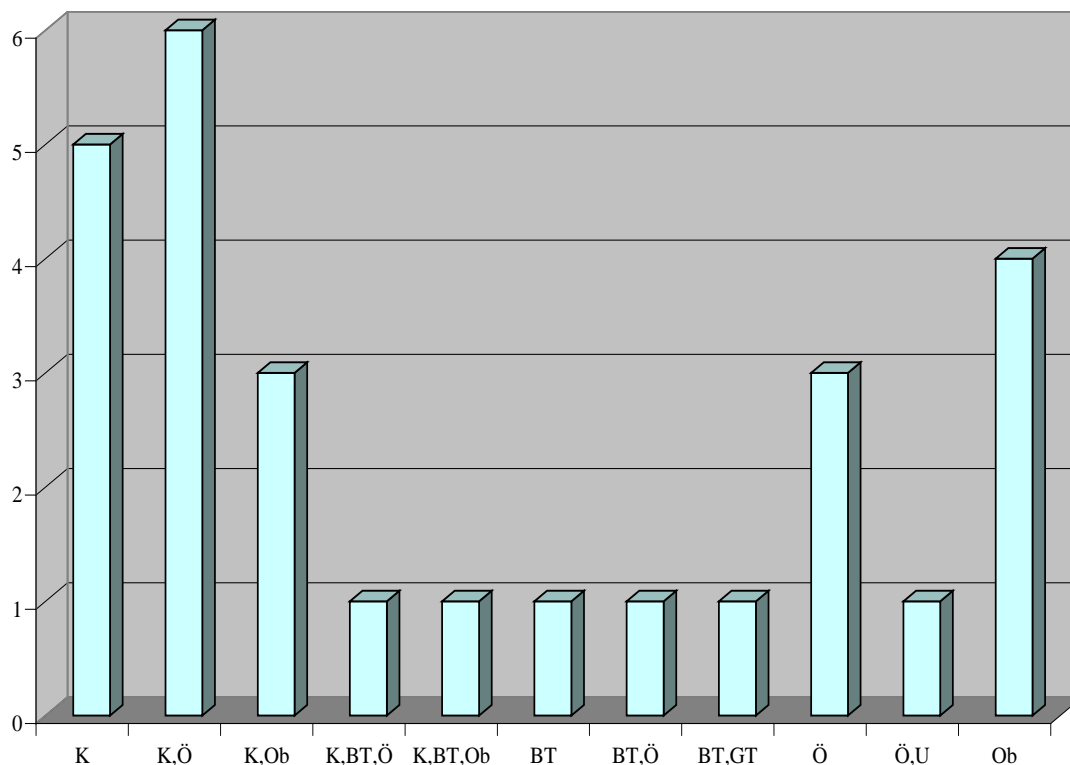
RESULTAT

Den medicinska provtagningens resultat visas i Tabell 1 nedan. Referensområde för laboratorieanalys anges enligt de instruktioner som följs vid mottagningen. För blodtryck anges WHO:s rekommendation. EKG registrering gjordes på de 17 personer, som är över 50 års ålder. Dessa registreringar uppvisade normala resultat. BMI beräknas enligt formeln; $\text{vikt (kg)/längd}^2 \text{ (m)}^2$. BMI bedömning följer WHO:s rekommendation (7). Övervikt föreligger vid BMI mellan 25 och 30 kg/m² samt obesitas vid BMI > 30 kg/m².

Tabell 1. Resultat medicinsk provtagning, 33 personer

	Referensområde	Inom Referensområdet		Patologiskt resultat	
		Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
B – Hb	122 - 166 g/l	4	29		
S- kolesterol	3,6 - 4,9 mmol/l	4	13		16
S- GT	0,2 - 1,3 mikrokat/l	4	28		1
U – glucos	0 - +1 mmol/l	4	29		
U – protein	0 + 1 g/l	4	28		1
Blodtryck	140/90 mm Hg	4	24		5
BMI	(kg/m ²)	3	10	1	19
EKG	(över 50 års ålder)	1	16		

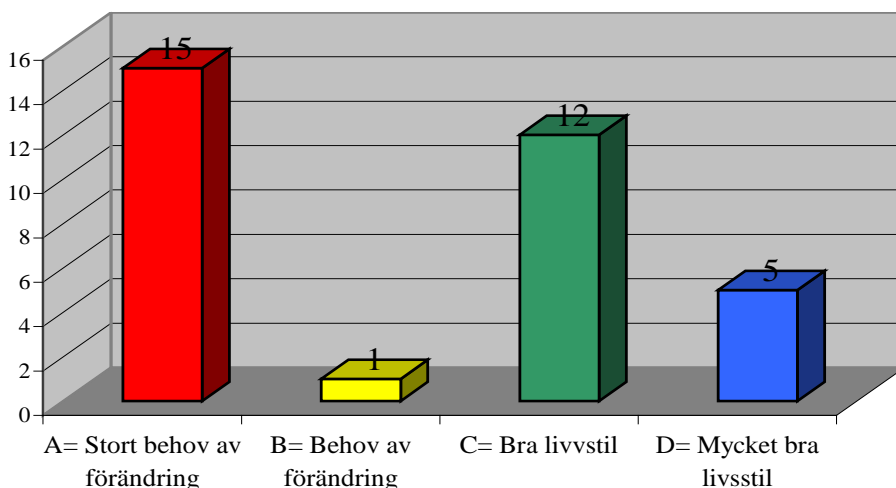
Av de 33 personer som undersöktes, uppvisade 27 (82%) ett eller flera patologiska värden. Detta illustreras i Figur 1 nedan.



Figur 1. Patologiska värden hos 27 av studiens 33 personer. K=Kolesterol, Ö=Övervikt, Ob=Obes, BT=Blodtryck, GT=S-GT, U=Proteinuri.

Av figuren framgår att förhöjda kolesterol och BMI värden i kombinationer utgör de mest framträdande resultaten. Högst uppmätta Kolesterol värde är 6,5 mmol/l. 12 personer bedömdes som överviktiga, medan åtta personer bedömdes vara obesa.

Sammanställning av HPB resultat är baserat på individens svar på ett frågeformulär, samt ett konditionstest. Frågorna berör kost- och motionsvanor, rökning, användning av alkohol, upplevelse av sjukdomssymptom, stress och hälsa. Blodtryck, syreupptagningsförmåga och vikt registreras i samband med konditionstesten. Detta möjliggör en mätning av hälsovanor, hälsoupplevelser och hälsodata, såsom blodtryck och konditionsvärde. Dessa mätvärden, komponenter, graderas och en lägre gradering innebär att komponenten anses vara belastande. Antalet belastande komponenter hos en person avgör i vilken åtgärdsgrupp personen placeras. Det finns fyra åtgärdsgrupper; A = stort behov av livsstilsförändring, B = behov av livsstilsförändring, C = bra livsstil och hälsodata, samt D = mycket bra livsstil och hälsodata. HPB resultat för materialets 33 personer presenteras i figur 2 nedan. Av figuren framgår att 16 personer bedömts ha behov av livsstilsförändring, medan 17 personer bedöms ha en bra livsstil.



Figur 2. Antal personer per föreslagen åtgärdsgrupp efter HPB på 33 individer.

DISKUSSION

Den medicinska undersökningen anger att 27 personer av 33 (82%), utgör riskindivider. Dessa uppvisar patologiskt resultat vid mätning av BMI, S-Kolesterol, BT, S-GT och

protein i urin. Mest framträdande är förhöjt kolesterol, övervikt och obesitas, som förekommer hos 21 personer (64%) av det totala materialet.

HPB anger att 16 personer av 33 (48,5%) har ett behov av livsstilsförändring. Denna bedömning är baserad på uppgifter om oregelbunden motion, dåliga kostvanor, rökning och snusning, alkoholintag ofta eller mycket ofta, medicinintag ofta eller mycket ofta, symptom på ohälsa, upplevelse av stress i hela livssituationen eller begränsat till arbetet, upplevelse av ensamhet och hälsa, uppmätt BT, övervikt, konditionsvärde samt fysisk aktivitet.

Övervikt och obesitas bedöms idag vara ett snabbt växande hot mot folkhälsan. Fetma förekommer i Sverige hos ca 8% av den vuxna befolkningen och siffran har ökat de senaste 20 åren. Andelen överviktiga är större. Den snabba ökningen anses bero på minskad fysisk aktivitet hos genomsnittsbefolkningen samt ett ökat fettintag. Vid BMI omkring 30 kg/m², ökar risken markant för allvarliga följsjukdomar såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och ledsjukdomar (7,8). Ökade lipidvärden är vanligt förekommande i västerländska samhällen. Att screena den svenska befolkningen av hyperkolesterolemi saknar vetenskapligt stöd. Det finns forskningsresultat som anger att kolesterolmätning av alla ≥ 50 år är en enkel och effektiv metod att identifiera riskpersoner för hjärt- kärlsjukdom (9). Riskfaktorer för hjärt- kärl sjukdom och stroke har i forskning visats vara ålder, BT, blodtrycksmedicinering, rökning, tidigare hjärt- kärl sjukdom samt diabetes (10).

Sambandet mellan psykosociala riskfaktorer och hjärt- kärlsjukdom har undersökts i olika studier. Det bedöms finnas ett signifikant samband mellan depression, oro, social isolering med bristande stöd och hjärt- kärlsjukdom. Detta samband anses ha samma dignitet som rökning, dyslipidemi och hypertoni har för hjärt- kärl sjukdom. En studie har visat att det inte finns samband mellan arbetsrelaterad stress, typ A beteende och hjärt- kärl sjukdom (11,12). Ökad risk för att utveckla hypertoni förekommer hos män, vid låg yrkesstatus samt då hot om uppsägning föreligger. Denna risk är oberoende av andra riskfaktorer (13).

Resultatet från den medicinska undersökningen med framtagandet av ökade kolesterol och BMI värden hos riskpersoner, kan mot ovanstående forskningsrapporter vara adekvat. För att hyperkolesterolemi skall anses föreligga bör dock minst två mätningar med förhöjda värden registreras. Blodtrycksmätning kan också anses vara adekvat, men bör också bestå av minst två mätningar. Övriga undersökningar kan knappast anses ha berättigande vid screening av riskpersoner. Denna undersökning relaterar till att hälsa innebär frånvaro av sjukdom.

HPB resultatet har en mera komplex sammansättning. De hälsovanor, hälsoupplevelser och hälsodata som registreras har betydelse för hälsa och kan signalera riskfaktorer. Så noteras här fysisk aktivitet, kost, upplevd hälsa och ensamhet. Ensamhet och isolering har visats ha samband med utvecklandet av hjärt- kärlsjukdom. Fysisk aktivitet och kost har avgörande betydelse för bedömning av BMI och som en följd därav för gruppering som överviktig eller obes. Den registrering som HPB innebär är alltså inte utan betydelse för individens hälsostatus. Den lyfter fram individens eget ansvar och möjlighet att påverka sin hälsa. Det

betonas av grundarna av HPB, att bas för modellen är individens förmåga att fatta egna beslut om beteendeförändring. Därigenom kan individen påverka sin hälsa (6).

I denna studie på ett litet material, lyfte den medicinska undersökningen fram 21 individer som riskpersoner för nedsatt hälsa. 16 individer lyftes fram som riskpersoner vid den beteendemedicinska undersökningen, HPB. Materialet är för litet för att slutsatser skall dras av detta resultat.

Studiens syfte, att utvärdera om hälsa kan mätas, besvaras med att detta knappast är möjligt. Att mäta om en individ i alla hänseenden är vid god eller dålig hälsa, framstår som en omöjlighet ur praktisk synpunkt. Detta skulle kräva säkra och enkla mätningar, som dessutom är relevanta ur kostnadssynpunkt. Att vid ett givet ögonblick fastställa en individs förmåga och vilja att påverka sina levnadsvanor är möjligt. Det är däremot svårt att uttala sig om denna förmåga i framtiden, då livssituationen eventuellt förändrats. Riskindivider kan lyftas fram genom olika undersökningar, men ger ingen garanti för att de som bedömts vara vid god hälsa verkligen är det ur alla aspekter. Av intresse för denna frågeställning är, att efter ett till två år göra en liknande undersökning på samma material. Därefter skulle en liknande metod, eventuellt modifierad utifrån den andra undersökningens resultat, tillämpas på ett större studiematerial. Detta skulle ge ett bättre underlag för att besvara frågan.

LITTERATURREFERENSER

- 1 Gatu, H. Hållbara arbetsplatser – botemedel mot ett sjukt arbetsliv? Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2002.
- 2 Sjuktalet december 1998 – juni 2002. Statistik information Is-I-2002:4. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 2002.
- 3 Szücs, S, Hemström, Ö, Marklund, S (red). Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2003.
- 4 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5. Stockholm: Socialdepartementet; Statens offentliga utredningar, 2002.
- 5 Medin, J, Alexanderson, K. Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur, 2000.
- 6 Malmgren, S. En hälsoupplysningskampanj och Hälsoprofilbedömning som medvetandegörande kommunikation. Linköping: HOS PROFILEN AB, 1989.

- 7 Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3 –5 June 1997. Geneva: World Health Organization, 1998.
- 8 Fetma – problem och åtgärder. SBU 2002:160. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002.
- 9 Wilson S, Johnston A, Robson J, Poulter N, Collier D, Feder G, et al. Comparison of methods to identify individuals at increased risk of coronary disease from the general population. *BMJ* 2003; 326:1436-44.
- 10 Knuiman MW, Vu, HT. Risk factors for stroke mortality in men and women: The Busselton Study. *J Cardiovasc Risk* 1996;5:447-52.
- 11 Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation* 1999;99:2192-217.
- 12 Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *MJA* 2003;178 (6):272-6.
- 13 Levenstein S, Smith MW, Kaplan GA. Psychosocial predictors of hypertension in men and women. *Arch Intern Med* 2001; 161 (10):1341-6.