



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM

# **Hälsoprofilbedömning – Hur upplevs metoden och kan den påverka till livsstilsförändring?**

**En studie gjord på tre fokusgrupper**

**Linda Axelsson**

**Charlotte Tolentino Jonsson**

**Kandidatuppsats 15 hp**

Kost- & friskvårdsprogrammet, 180hp

Handledare: Lena Jonsson

Examinator: Monica Petersson

Datum: 2008 - 06



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM  
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Hälsoprofilbedömning – Hur upplevs metoden och kan den påverka till livsstilsförändring? En studie gjord på tre fokusgrupper.

Författare: Linda Axelsson & Charlotte Tolentino Jonsson

Typ av arbete: Kandidatuppsats 15 hp

Handledare: Lena Jonsson

Examinator: Monica Petersson

Program: Kost- & friskvårdsprogrammet, 180 hp

Antal sidor: 40

Datum: Juni 08

### **Sammanfattning**

Bland den vuxna befolkningen i Sverige har livsstilen försämrats avsevärt vilket har bidragit till att det hälsofrämjande arbetet fått en allt större roll i samhället. Ett led i detta arbete är att undersöka hälsan för att kartlägga om man som individ är i behov av att förändra sin livsstil för att inte drabbas utav ohälsa. En metod för att undersöka hälsan är genom hälsoprofilbedömning.

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelsen av och inställningen till metoden hälsoprofilbedömning bland medarbetare som genomgått den samt undersöka om metoden kan påverka individen till eventuella livsstilsförändringar.

Resultatet i studien grundar sig på en kvalitativ undersökning där tre fokusgruppsintervjuer genomfördes på tre olika företag i Västsverige. Resultatet visade på att metoden hälsoprofilbedömning upplevs som främst positiv där hälsoprofilbedömarens utförande spelade en stor roll i om upplevelsen blev positiv eller negativ. Vidare visade resultatet att metoden tycks kunna påverka till livsstilsförändring, likväl som den inte behöver göra det. Andra orsaker till livsstilsförändring förslås vara företagets egna friskvårdssatsningar eller påverkan av den omgivande miljön och den sociala normen.

**Nyckelord:** hälsoprofilbedömning, livsstilsförändring, hälsofrämjande arbete, hälsotest.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	2
Hälsoläget nationellt .....	2
Hälsa, levnadsvanor och livsstil .....	3
Modeller att arbeta med hälsa utifrån .....	4
Hälsofrämjande arbete .....	5
Arbetsplatsen en arena för hälsofrämjande arbete.....	6
Förändring av levnadsvanor .....	8
Hälsoprofilbedömning .....	11
Tidigare studier om hälsoprofilbedömning .....	14
Problemformulering.....	14
<b>Syfte</b> .....	15
Frågeställningar .....	15
<b>Metod</b> .....	16
Val av undersökningsmetod .....	16
Tillvägagångssätt .....	16
Etiska ställningstaganden .....	21
Bearbetning och analys.....	21
Generaliserbarhet.....	22
<b>Resultat</b> .....	23
Bortfall.....	23
Beskrivning av deltagarna .....	23
Beskrivning av företagen.....	24
Tankar och upplevelser kring hälsoprofilbedömning.....	25
Livsstilsförändringar – på grund av hälsoprofilbedömningen eller inte?.....	25
Vilken del av hälsoprofilbedömningen påverkade deltagarna mest? .....	27
Är hälsoprofilbedömningen fullständig som metod eller bör den utvecklas? .....	28
<b>Diskussion</b> .....	31
Metoddiskussion.....	31
Validitet och reliabilitet .....	32
Resultatdiskussion .....	33
<b>Slutsatser</b> .....	37
<b>Referenser</b> .....	38

## Bilagor

# Inledning

*Äta lite, dricka vatten, roligt sällskap,  
Sömn om natten, käckt arbeta, lägligt bo  
stillhet någon stund på dagen, det är lagen  
för min hälsa och min ro*

Olof von Dahlin, 1708-1763

Vad hälsa är och hur det uppnås och främjas är ett mycket omdebatterat ämne idag. Hälsöfrämjande arbete har blivit ett allt mer centralt begrepp i diskussioner om folkhälsan men även individhälsan. Hur kan man då påverka en individ på bästa sätt till en bättre hälsa?

Ett första led i detta arbete kan vara att undersöka sin hälsa för att veta om det finns ett behov av att ändra sin livsstil eller inte. En variant för att öka medvetenheten om hälsa samt undersöka hälsan är att genomgå ett hälsotest eller hälsoundersökning.

En metod bland dessa hälsotester är hälsoprofilbedömning och som vi har valt att studera lite närmare eftersom vi bedömer att det är viktigt att veta hur metoden tas emot bland de som genomfört den. Detta för att vi utbildar oss inom friskvårdsområdet där det finns en sannolikhet att vi kan komma i kontakt med hälsoprofilbedömning i vår yrkeskarriär. Vi anser att det är viktigt att man bemöter människor på ett bra sätt och att de metoder man tillämpar inom friskvårdsarbetet ska vara tillförlitliga sådana samt att metoderna även fyller sin funktion. Därmed vill vi undersöka om hälsoprofilbedömning upplevs som positiv eller negativ och om det är en bra metod för att påverka en individ mot en bättre hälsa.

För de som är verksamma inom hälsoområdet, eller för de som är intresserad av ämnet, hoppas vi att studien kan bidra till ökad insikt i ett av de verktyg som finns inom hälsotestområdet för att man på så vis ska kunna bilda sig en uppfattning om metoden hälsoprofilbedömning som sådan.

# Bakgrund

I detta bakgrundskapitel kommer författarna att beskriva hälsoläget i Sverige och förklara begreppen hälsa, livsstil, levnadsvanor samt hur man kan se på hälsa. Därefter kommer de olika arbetsmodeller som man kan tillämpa när man arbetar med hälsa beskrivas. Begreppen hälsofrämjande och friskvård kommer att skildras mer ingående och kopplas till hälsoarbetet på arbetsplatsen samt företagshälsovårdens funktion i detta. Slutligen kommer det i detta kapitel att tas upp teoretiska modeller om hur man kan förändra levnadsvanor samt olika varianter på hälsotester, för att till sist rundas av med studiens problemformulering.

## Hälsoläget nationellt

Under 1900-talets gång har medellivslängden ökat med cirka 25 år hos svensken samtidigt som dödligheten har minskat (Socialstyrelsen, 2005). Det beror till viss del på förbättrade behandlingsmetoder inom sjukvården, nya läkemedel, bättre operationsmetoder och nya metoder för att ställa diagnoser (Ågren, 2003). Folkhälsoinstitutet (2005) anser att den främst bidragande faktorn till hälsoutvecklingen är den tekniska utvecklingen och att det skett en tillväxt ekonomiskt sett i landet (Socialstyrelsen, 2005).

Samtidigt som man idag kan bota fler och fler sjukdomstillstånd så uppstår det nya. Det har med andra ord skett en förändring i sjukdomspanoramata (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). I början av förra seklet var infektionssjukdomar som kolera, tyfus och polio den vanligaste dödsorsaken. År 2001 utgjordes ungefär två tredjedelar av alla dödsfall av hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Dessa sjukdomar är således den grupp av sjukdomar som orsakar flest dödsfall i förtid (Abrahamsson m.fl., 2006; Socialstyrelsen, 2005). Trots det minskade risken att insjukna i just kranskärlssjukdomar mellan åren 1987-2002 vilket har sitt ursprung i delvis förändrade matvanor men främst den minskade rökningen. De förändrade matvanorna kan relateras till att svensken idag äter mera rotfrukter, grönsaker, bär, pastaprodukter, bröd och konsumerar mindre fett än vad hon och han gjorde för 30 år sedan. Baksidan av de förbättrade matvanorna är att energiintaget har ökat, vilket kan härledas till att vi idag äter mer energität mat. Man räknar med att man idag får i sig så pass mycket extra energi så för att kunna förbränna det extra energiintaget så bör man idag gå en promenad extra på 20 minuter per dag (Socialstyrelsen, 2005).

Livsstilen har försämrats avsevärt bland befolkningen under de senaste decennierna vilket bland annat har bidragit till att den vuxna befolkningen har ökat i vikt. De som idag lider utav fetma har fördubblats sedan 1980 och under samma tidsperiod har samtidigt andelen av den vuxna befolkningen som lider av övervikt ökat med 20 procent hos männen och hela 30 procent hos kvinnorna (Folkhälsoinstitutet, 2005). Drygt 25 procent av kvinnorna och drygt 45 procent av männen i Sverige mellan 16-84 år är överviktiga och cirka 15 procent och 10 procent utav kvinnorna respektive männen lider utav fetma (Folkhälsoinstitutet, 2005). En annan välfärdssjukdom som är viktig att poängtera och som har blivit allt mer utbredd i landet de senaste decennierna är olika former av psykisk ohälsa. Det beräknas att 20-40 procent utav

befolkningen lider av allt ifrån psykoser till andra psykiska problem så som oro, ångest och ängslan, varav den största ökningen har skett bland yngre kvinnor mellan 16-34 år (Socialstyrelsen, 2005).

## **Hälsa, levnadsvanor och livsstil**

Om man ser tillbaka i tiden på begreppet hälsa så kommer dess utgångspunkt ifrån filosofiska och religiösa tankesätt. Idag representerar hälsa främst något inom den medicinska vetenskapen (Rydqvist & Winroth, 2008). Hälsa är något som kan variera hos olika individer, vilket beror på vilken innebörd som man själv lägger i begreppet. Hur definierar man då hälsa? Det finns ingen entydig definition av begreppet hälsa. Den mest kända definitionen på hälsa är dock Världshälsoorganisationens, WHO:s, definition som stiftades år 1946 och trädde i kraft 1948: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1946). Definitionen kan översättas till att hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välmående och inte bara frånvaro av sjukdom och krämpor.

Dock har WHO:s definition beskrivits som en utopi och den kritiske har då syftat till "complete/.../well-being" som innebär "fullständigt välbefinnande" (Rydqvist & Winroth, 2008). En annan definition som Rydqvist och Winroth (2008, s 18) anger i sin bok "Hälsa & Hälsopromotion" är: "Hälsa är att må bra - och att ha tillräckligt med resurser för att klara vardagens krav - och för att kunna förverkliga personliga mål".

En vana är ett sätt som en individ kan bete sig på inom en given situation och som man lärt in genom ständig upprepning. En vana visar sig som något som man gör utan närmare eftertanke (Nationalencyklopedin, 2008a). En vana är alltså något som man gör utan att reflektera över att man gör det. Enligt Rydqvist och Winroth (2008) kan levnadsvanor, som kan utgöras av exempelvis mat-, motions- och sömnvanor, ses som en del av livsstilen. Det vill säga hur man lever sitt liv. Ordet livsstil definieras enligt Nationalencyklopedin (2008b) som ett begrepp där även personliga egenskaper, egna värderingar och normer inkluderas och reflekteras i ett beteendemönster.

Levnadsvanor och livsstil är två faktorer som enligt Rydqvist och Winroth (2008) kan påverka vår hälsa. Rydqvist (2008) som var med och startade upp och utvecklade Riksidrottsförbundets utvecklingscentrum Bosön, liksom Winroth som är universitetslektor på Högskolan Väst, menar att övriga faktorer som kan spela in i vår hälsa är den omgivande miljön och även vårt genetiska arv. Där de viktigaste faktorerna för den omgivande miljön som påverkar hälsan är relationer, arbete, fysisk miljö, kultur och samhället (Rydqvist & Winroth, 2008). Menckel och Thomsson (1997) menar att dessa faktorer är föränderliga vilket då kan påverka livssituationen och således också hälsan. Så för att förändra en individs levnadsvanor och livsstil kan det vara en god idé att påverka den omgivande miljön med dess innehåll.

## Salutogenes och patogenes

Att se på hälsan som något positivt och inte som något negativt med sjukdom och ohälsa är att man har ett salutogent synsätt istället för ett patogen<sup>1</sup> (Rydqvist & Winroth, 2008). Inom salutogenes så ser man förhållandet hälsa och ohälsa som ett kontinuum<sup>2</sup> och inte som två skilda ting. Medan man inom patogenes ser det som ett antingen eller faktum och där man istället studerar uppkomsten och utvecklingen av sjukdomar (Antonovsky, 2000).

Salutogenes är ett huvudsakligt begrepp inom Aaron Antonovskys hälsoteori och som var medicinsk professor i sociologi. Ett annat centralt begrepp i hans teori är KASAM, vilket kan översättas till "känsla av sammanhang". Anledningen till att vissa människor klarar av påfrestning bättre beror på i vilken utsträckning som individen upplever sin tillvaro som begriplig (förmåga att bedöma verkligheten), hanterbar (förmåga att hantera och möta olika krav genom olika metoder och strategier) och meningsfull (känsla av att kunna påverka och känna delaktighet) (Antonovsky, 2000).

Det salutogena synsättet har sitt ursprung i begreppet "individens generella motståndsresurser" (GMR). GMR kan vara personella (fysiska, psykiska, kognitiva), sociala (relationer, makt, status), materiella (pengar, bostad, utrustning) eller kulturella (normer, värden, traditioner). GMR är alltså alla faktorer som gör det lättare för individen att se sin omvärld som meningsfull, begriplig och hanterbar och som gynnar livserfarenhet. Ju högre KASAM och ju mer GMR desto bättre klarar individen av påfrestningar i livet (Antonovsky, 2000).

## Modeller att arbeta med hälsa utifrån

Det finns olika modeller man kan arbeta med hälsa utifrån där man antingen kan se på hälsan som salutogen eller patogen (Rydqvist & Winroth, 2008). Den ena modellen är att man arbetar med hälsa utifrån ett patogen synsätt där man arbetar med att lindra och bota ohälsan, vilket man gör inom sjukvården och kallas den kliniska modellen. Den andra modellen är att man arbetar med att förebygga ohälsa, det vill säga att man arbetar preventivt och är således ett patogen synsätt, vilket man gör inom hälsovård och folkhälsoenheten och den kallas just folkhälsomodellen. I den tredje modellen arbetar man med hälsa utifrån ett salutogent synsätt där man arbetar med att främja hälsan. Denna modell kallas kontinuummodellen och tillämpas inom friskvården. Den tredje och sista modellen är den som man bedriver inom friskvårdsarbetet idag och är en del i det nya folkhälsoarbetet (Rydqvist & Winroth, 2008).

---

<sup>1</sup> Patogent synsätt : Fokus ligger på sjukdomsframkallande faktorer och hur en sjukdom utvecklas (Nationalencyklopedin, 2008c).

<sup>2</sup> Kontinuum : Förhållandet hälsa och ohälsa är sammanhängande och man rör sig någonstans mellan dessa två. Hälsa och ohälsa är inget antingen eller tillstånd (Antonovsky, 2000).

## Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete definierades och dokumenterades av WHO år 1986 enligt följande:

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.”(WHO, 1986).

Översatt innebär det att hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. För att uppnå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina mål och bli medveten om dem, för att tillfredsställa sina behov och förändra eller hantera den omgivande miljön. Hälsa är något positivt vilket inkluderar både social och personlig resurs, liksom fysisk kapacitet. Därmed ska hälsopromotion inte bara ses som något som hälsosektorn ansvarar för, utan sträcker sig längre än hälsosam livsstil till välmående.

I det hälsofrämjande arbetet ingår det därmed allt som kan verka för att människor ska må bra i sin tillvaro. Hälsofrämjande har under senare år kommit att bli ett välanvänt begrepp även inom arbetslivet. Då handlar det om att få de anställda att bli aktiva i att påverka sina egna levnadsvanor (Menckel & Thomsson, 1997). Utvecklingen går mot att öka medvetenheten hos medarbetarna på företaget om hur man kan främja hälsan på bästa sätt. Hälsofrämjande på arbetsplatsen kan också innebära att det är möjligt för de anställda att utveckla sin hälsa till det bättre och att man fokuserar på möjligheterna till att skapa god hälsa istället för att fokusera på orsakerna för ohälsan (Folkhälsoinstitutet, 2001).

Menckel och Thomsson (1997) menar att en definition av hälsofrämjande på arbetsplatser kan vara alla fysiska ansträngningar som görs i sammanhang där de anställda arbetar och som syftar till att öka hälsan och välbefinnandet. Det kan vara allt ifrån att få träna på arbetstid, bidrag till träningsanläggningar och utbildning inom mental träning (Folkhälsoinstitutet, 2001). Dessa möjligheter kan också benämnas som friskvård.

## Friskvård

Friskvårdsbegreppet lanserades främst inom ett par statliga utredningar på 1970- och 1980-talet (Pellmer & Wramner, 2002). Ett utmärkande drag för friskvårdsarbete är att för att resultat ska infinna sig så torde även individen aktivt delta i arbetet (Rydqvist & Winroth, 2008). Friskvård beskrivs enligt Nationalencyklopedin (2008d) på följande sätt:



”Samlingsbenämning på sådana åtgärder som stimulerar individen till egna aktiva insatser i hälsobefrämjande syfte. Som friskvårdande aktiviteter räknas t.ex. regelbunden motion, goda kostvanor, att inte röka, att vara återhållsam med alkohol, att se till att man får tillräckligt med sömn och vila och att undvika stress.”

En annan definition av friskvård anges av Rydqvist och Winroth (2008, s 38):

”Alla aktiva åtgärder som vidtas för att befrämja hälsan främst på individ- och gruppnivå med fokus på levnadsvanor och livsstil.”

Friskvård skiljer från hälso- och sjukvård då friskvård innebär ett salutogent synsätt istället för ett patogent och anses av många vara ett viktigt komplement till de traditionella vårdformerna. Då friskvården började etablera sig på 70-talet var den främst inriktad på kost och motion. Under 80-talet kom friskvården även att handla om stresshanteringskurser, sluta-röka-grupper och kostskolor genom grupp- och utbildningsverksamhet samt att även hälsotester växte fram (Rydqvist & Winroth, 2008). Idag består friskvården av en kombination av vad den tidigare inneburit med inslag av nya idéer så som hobby och kultur (Rydqvist & Winroth, 2008).

Medvetenheten om att man måste arbeta långsiktigt för att få goda effekter i företaget har ökat bland många företagsledningar. Att friskvård har kommit att prioriteras på många arbetsplatser mer och mer kan troligtvis bero på de ökade kraven i många branscher, vilket förutsätter god hälsa hos personalen. Om friskvård då ej prioriteras kan sjukskrivningar vara ett faktum (Rydqvist & Winroth, 2008).

## **Arbetsplatsen en arena för hälsofrämjande arbete**

En stark bidragande faktor till ohälsan i samhället idag är arbetets utformning där tempot ofta är väldigt högt, ständiga omorganisationer där så få som möjligt ska vara så effektiva som möjligt och där förhållandet mellan de resurser som finns och de krav som ställs inte alltid är jämlika (Rydqvist & Winroth, 2008). Samtidigt innehåller vår vardag allt mindre fysisk rörelse både på arbetstid och fritid. Den tekniska utvecklingen har gått oerhört framåt och vi har byggt bort den fysiska ansträngningen på våra arbeten och i vår vardag med exempelvis förenklade transportmedel och förbättrad kommunikationsteknik vilket innebär att vi idag knappt behöver röra på oss i vårt arbete. Idag räknar man med att mer än hälften av den arbetande befolkningen har ett stillasittande arbete (Rydqvist & Winroth, 2008).

Eftersom arbetet utgör en stor del av vardagen och således i livet så finns det goda möjligheter att förbättra individens egna hälsa och den allmänna folkhälsan genom att sätta in resurser i form av hälsofrämjande arbete och friskvård på just arbetsplatsen (Pellmer & Wramner, 2002). Vidare hävdar Rydqvist och Winroth (2008) att skola och företag är de arenor som bäst lämpar sig för hälsopedagogik och hälsoarbete. Hälsopedagogik kan enkelt förklaras som utbildning och undervisning i hälsa, där man

behandlar ämnen som värderingar, kunskaper, normer och färdigheter om hälsa (Rydqvist & Winroth, 2008).

Företagen och dess arbetsplats har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet där de visserligen inte kan få medarbetare att ändra sina levnadsvanor eftersom det är ett individuellt beslut, men företagen kan skapa de förutsättningar som behövs för att kunna genomföra förändring (Folkhälsoinstitutet, 2001). Ett företag har mycket att vinna på om deras medarbetare är mer fysiskt aktiva och har ett högre psykiskt välbefinnande. Eftersom det kan kosta företaget mycket pengar annars i form av bland annat minskad arbetseffektivitet, förlorad arbetskraft, sjuksättning, eventuell nyanställning vid längre tids sjukfrånvaro, mer arbete för övriga medarbetare och minskad produktion (Ljusenius & Rydqvist, 2004).

Folkhälsoinstitutet (2001) i Sverige menar att det är viktigt att satsa på hälsofrämjande insatser på ett företag och integrera det med företagets egna strategi vilket inte bara gynnar de anställda utan företaget i sig också, vilket i slutänden även kan främja hela samhället tack vare minskade omkostnader inom sjukvården (Folkhälsoinstitutet, 2001). Harden, Peersman, Oliver, Mauthner och Oakley (1999) menar dock att trots att arbetsplatsen har en god potential för att utgöra en arena för att förbättra hälsan hos befolkningen så är det inte alltid så att de hälsofrämjande insatser som görs på arbetsplatsen är utformade efter medarbetarnas behov. Vidare menar de att utvärderingar som görs efter hälsoinsatser är bristfälliga och därmed inte kan visa på starka resultat om de hälsosatsningar man gör verkligen är effektiva eller inte (Harden m.fl., 1999).

### **Företagshälsovård**

Företagshälsovården, menar docenten och socialpsykologen Bosse Angelöw (2002), har en stor betydelse och påverkan i det förebyggande arbetsmiljöarbetet som man genomför inom olika organisationer och företag. Arbetsmiljöarbete innebär att det arbete som medarbetaren utför ska anpassas till individens förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Medarbetaren ska även ha möjlighet att påverka utformningen av arbetsplatsen och sin egen arbetssituation, detta för att arbetet inte ska leda till ohälsa (Angelöw, 2002). Oftast konsulteras extern företagshälsovård till arbetsplatsen men vissa arbetsplatser bedriver en egen intern företagshälsovård. Tidigare har företagshälsovårdens intresse legat på främst arbetsmiljöområdet. Deras förmåga och intresse för att arbeta hälsofrämjande har varit begränsad. Fokus har därmed legat på att förebygga ohälsa, sjukdom och skador, det vill säga klassisk företagshälsovårdsmetodik.

De sista åren har inriktningen på hälsofrämjande insatser, modern företagshälsovårds-pedagogik, vuxit sig starkare genom att friskvårdare och hälsopedagoger tagit plats i företagshälsovårdens styrka. Detta har breddat företagshälsovårdens kompetens genom att både arbeta förebyggande och hälsofrämjande (Menchel & Österblom, 2000). Genom att kombinera förebyggande och hälsofrämjande insatser skapas de bästa förutsättningarna för ett effektivt resursutnyttjande vid hälsofrämjande arbete på

arbetsplatserna (Menchel & Österblom, 2000). Ett verktyg som används inom bland annat företagshälsovården, men även inom annan friskvårdsverksamhet på företag, kommuner eller landsting, är olika varianter av hälsotester. Hälsotester kan bland annat användas för att urskilja vilka som på en arbetsplats kan utgöra riskindivider för att drabbas utav ohälsa, det vill säga kartlägga de som bör ha motiv till att ändra de vanor de har i sina liv (Andersson, 1997).

### **Olika hälsotester**

Hälsotester är ett begrepp som florerar inom området hälsa och används när man vill kunna undersöka en individs hälsa. De kan även användas på en stor grupp individer för att kartlägga hälsan hos alla dem och för att kanske kunna urskilja någon trend eller mönster i gruppen. Inom företagshälsovården erbjuder man ofta olika former av hälsotester. Nedan följer tre utav de större hälsotestmetoderna som finns på marknaden.

På företagshälsovården Previa erbjuder man en hälsotestmetod som kallas ”Friskprofil” (Previa, 2006). Friskprofilen kan användas som ett underlag för planering utav hälsoarbetet på arbetsplatsen och i arbetsmiljöarbetet. Friskprofilen används för att kartlägga en individs hälsotillstånd, motions- och matvanor, alkohol- och tobaksbruk. Metoden behandlar även hur man mår på sin arbetsplats, hur man upplever relationer och stressen på arbetsplatsen. I samband med friskprofilen ingår det även en omfattande blodprovtagning, besök hos företagssköterskan och ett konditionstest som utförs på en ergometercykel<sup>3</sup> (Previa, 2006).

En annan variant på hälsotest är Korpens ”Hälsonyckel” (Korpen, 2008). Korpen uppger att hälsonyckeln är deras egna variant på livsstilstest och som baseras på ett standardiserat frågeformulär som tar upp hälsa och livsstil. I hälsonyckeln ingår det även ett konditionstest. Syftet med testet är att ta fram en individuell hälsoplan utifrån det formulär man fyller i samt det samtal som man genomför (Korpen, 2008).

En tredje variant av hälsotest utgörs utav HPI Nordics metod ”Hälsoprofilbedömning” och som är det hälsotest som författarna av denna uppsats valt att fördjupa sig mer i. En mer ingående beskrivning av hälsoprofilbedömning som metod följer senare i arbetet.

### **Förändring av levnadsvanor**

Att förändra levnadsvanor ska som ska ses som en långsiktig process (Rydqvist & Winroth, 2008). Med en förändring av ett beteende inom hälsoområdet kan det innebära att man lägger om eller inför vanor som bidrar till att ha en hälsofrämjande effekt uppger filosofie doktorerna i fysisk aktivitet och hälsovetenskap med inriktning beteendevetenskap Faskunger och Hemmingsson (2005). Även om vi dagligen tillförs

---

<sup>3</sup> Ergometercykel: Testcykel som används inom arbetsfysiologin för att mäta effekten på kroppen och individers fysiska kapacitet (Andersson, 2005).

massa information om hur man kan leva sunt så är det inte bara kunskapen som kan förändra en människa mot ett hälsosammare jag, utan det krävs också inslag av andra faktorer så som strategier för förändring, strategier för att hantera eventuella hinder och motivation (Faskunger & Hemmingsson, 2005).

Det finns olika modeller och teorier om hur en förändring går till och hur man ska arbeta med att motivera en individ att genomföra en förändring i sina levnadsvanor och beteenden. För att kunna förstå hur en förändring går till och vad som påverkar så har författarna i denna studie valt att tillämpa två teorimodeller som utgångspunkt för att förklara detta. Nedan följer en modell om hur en individ kan gå igenom en förändringsprocess samt en modell om orsakerna till varför en individ beter sig på ett visst sätt. Med dessa två modeller som grund kan man sedan gå vidare i arbetet för hur man ska påverka en individ till att förändra ett beteende.

### **Transtheoretical model of change**

Steget mellan att ha en intention, det vill säga avsikt och omvandla det till en förändring och verkligen utföra handlingen kan vara stort. När man utför ett visst beteende tillräckligt ofta så benämns det som en vana och som då är etablerad i ens vardag (Faskunger & Hemmingsson, 2005). Dessa vanor tar således mycket lång tid att etablera och då även lång tid att förändra. För att göra en beteendeförändring som lyckas så bör dessa förändringar vara realistiska och balanserade och möjliga att upprätthållas under en lång tid, det vill säga en livstid. En viktig förutsättning i detta arbete är att man har motivation och motiv till det, vilket utgör viljan att förändra ett beteende. En annan faktor är förflyttningen, det vill säga förflyttning framåt i processen vilket kan ses som framsteg, små eller stora (Faskunger & Hemmingsson, 2005).

Ett sätt att illustrera förändringsprocessen är genom Prochaska och DiClemente's "Transtheoretical model of change" (Transteoretiska modellen för förändring) (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). De menar att oavsett vilket beteende en individ ska förändra så passerar individen fem olika steg innan han/hon uppnått förändringen. Vidare menar dessa författare att individen kan cirkulera mellan dessa steg innan denne uppnår en bibehållande förändring. Prochaska m.fl. (1992) uppger att i arbetet med att påverka en individ till förändring så är det viktigaste att bedöma i vilket steg i utvecklingen som individen är, detta för att avgöra hur redo individen är för förändring. De menar att detta är avgörande för hur man ska forma interventionen för förändring samt bemöta individen (Prochaska, m.fl., 1992). De fem stegen för förändring illustreras nedan:

- Förnekelse stadiet (Precontemplation) – individen är inte medveten om problemet och funderar inte på förändring.
- Begrundande stadiet (Contemplation) – individen är medveten om problemet och börjar fundera på förändring men är inte redo att handla.

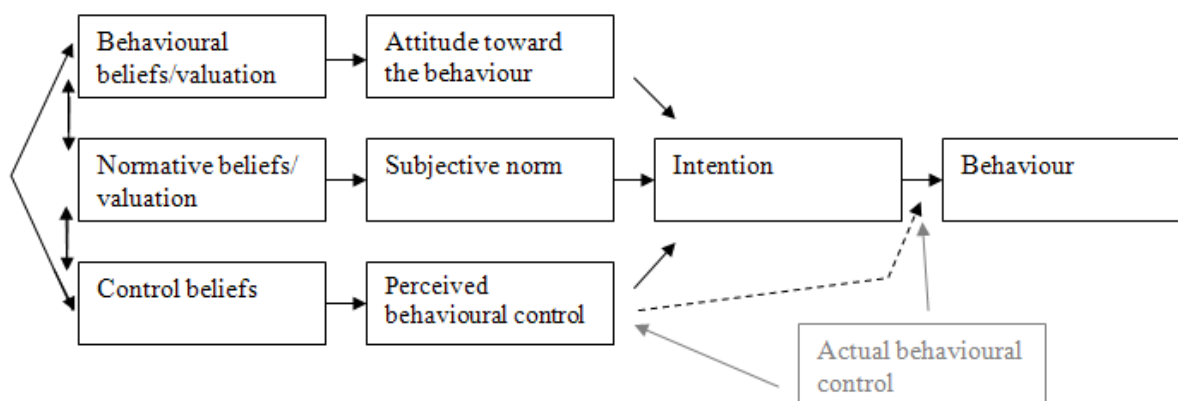
- Förberedelse stadiet (Preparation) – individen förbereder sig för en förändring inom den närmsta framtiden.
- Handlings stadiet (Action) – individen påbörjar sin förändring och bibehåller förändringen upptill ett halvår.
- Aktivitets stadiet (Maintainance) – individen bibehåller förändringen längre än ett halvår och undviker återfall.

Individen kan röra sig emellan dessa stadier antingen framåt eller bakåt, det vill säga mot en förändring eller mot ett återfall. Modellens olika steg åskådliggör *när* olika förändringar i attityden, intentionen eller beteendet sker. En annan del i modellen åskådliggör *hur* en förändring sker och benämns som ”process of change”. Varje ”process” utgör en kategori som innehåller alla de metoder, strategier, tekniker eller aktiviteter som kan används under vägen mot förändring (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992).

En beslutsprocess kan således ta väldigt lång tid innan man kommer till det stadium där man beslutar sig för att ändra ett beteende. Hur lång tid det tar beror bland annat på hur långt fram man är i just den processen för just det specifika förändringsmålet. Det beror också på vilken intensitet som förändringen har, vilket bottnar i vilket driv och engagemang man känner för förändringen. Det vill säga hur positivt eller negativt man ser på slutresultatet av en eventuell förändring och vilken vinst man ser just för själv med att förändra beteendet (Antonovsky, 2000).

### Theory of planned behavior

För att kunna påverka till en förändring i en människas beteende måste man ha insikt i varför personen handlar som hon eller han gör. En teori som kan användas för att förstå de bakomliggande faktorerna till en människas planerade handlande är ”Theory of planned behavior” (se Figur 1) av Ajzen.



**Figur 1.** Modellen Theory of Planned Behavior av Icek Ajzen (Ajzen, 2008).

Enligt Ajzen (2002) förutbestäms en människas beteende av en rad faktorer som tillsammans medverkar till att personen agerar som hon eller han gör. Vidare menar Ajzen (2002) att en individs beteende orsakas utav tre olika överväganden; föreställningar om de troliga konsekvenserna av beteendet (behavioral beliefs), föreställningar om de allmänna förväntningarna som personer i omgivningen har (normative beliefs) och föreställningar angående faktorer som främjar eller hindrar handling av beteendet (control beliefs).

Det förstnämnda, föreställningar om konsekvenserna av ett beteende och handlande, skapar en positiv eller negativ attityd till handlingen (attitude toward the behaviour). Det andra, föreställningar om omgivningen, resulterar i upplevelsen utav det sociala trycket och den subjektiva normen, det vill säga hur man tror att andra förhåller sig till ett visst beteende (subjective norm). Det tredje, föreställningar om faktorer som främjar eller hindrar, kommer till uttryck i den upplevda kontrollen över en viss handling, om man upplever förmågan stor eller liten (perceived behavioural control). Ju större förmåga individen upplever att hon eller han har desto större är sannolikheten att handlingen kommer att ske och tvärtom. Dessa tre faktorer; attityden till beteendet, subjektiva normen och upplevda kontrollen leder fram till intentionen, det vill säga viljan och avsikten till att utföra en handling eller ändra ett beteende (Ajzen, 2002).

Ajzen (2002) menar att den upplevda kontrollen (perceived behavioural control) spelar en avgörande roll för om man kommer att utföra handlingen eller inte men att också den faktiska kontrollen (actual behavioural control) påverkar handlandet. Vidare uppger Ajzen (2002) att intentionen till att utföra ett visst beteende ökar utifall den upplevda kontrollen stämmer överens med den faktiska kontrollen. Så i slutänden är det personens olika föreställningar (beliefs) som ligger till grund för intentionen och därmed beteendet. Vilket innebär att om man har för avsikt att förändra ett beteende så måste man först och främst påverka de föreställningar som individen har (Ajzen, 2002).

Om man ”ger” en individ ny information och kunskap som kan påverka de föreställningar denne har om ett visst ämne eller område så att man prövar föreställningarna på ett rationellt sätt, så kan det förhoppningsvis leda till en beteendeförändring. Inom hälsotestmetoden hälsoprofilbedömning ingår det ett samtal där Andersson och Malmgren (1989) anger att det finns en påverkansmöjlighet för att pröva de föreställningar som individen har.

## **Hälsoprofilbedömning**

### **Utveckling**

Hälsoprofilbedömning är en metod där man undersöker en individs hälsa (Andersson, Malmgren & Johrén, 2004). Metoden har under många år utvecklats genom praktisk utprovning som gjorts på SAAB Aerospace, som tidigare hette SAAB-Scania, i Linköping under cirka 30 års friskvårdsarbete. Året var 1963 då det genomfördes ett

arbetsprov med ergometercykel<sup>4</sup> på de anställda vid SAAB. Man genomförde även ett vilo-EKG<sup>5</sup>, Dessa tester kompletterades några år längre fram med blodtrycks- och skelettmätning samt ett samtal som berörde träning, arbetssituation, rökning med mera. Namnet ”Hälsoprofil” tillkom i samband med att en undersökning gjordes på de anställda i åldersgruppen 50-59 år på SAAB (Andersson mf.l., 2004). Efter ytterligare några år med komplettering och förändring av metoden fick den sitt namn ”Hälsoprofilbedömning” år 1979 (Andersson mf.l., 2004).

Den första utbildningen i hälsoprofilbedömning för att bli hälsoprofilbedömare gjordes 1979 på Stråkens hus i Motala. Idag har närmare 10 000 personer gått grundkursen i hälsoprofilbedömning (HPI, 2008), där majoriteten utgörs av personer från universitet, högskolor och folkhögskolor (Andersson mf.l., 2004). Utbildning i hälsoprofilbedömning finns i stegen grundkurs (steg 1), fördjupningskurs (steg 2), en fortbildningsdag (steg 3) samt hälsoprofilbedömning data. De senaste 13 åren har det genomförts mer än 100 000 hälsoprofilbedömningar per år i Sverige.

## Utbildning

Hälsoprofilbedömningens först kurs (grundkursen) för att utbilda sig till hälsoprofilbedömare<sup>6</sup> genomförs under först tre dagar för att efter några veckor genomföras under två ytterligare utbildningsdagar. Perioden där emellan så genomför kursdeltagaren en hemuppgift. Från och med hösten 2008 ingår det även hälsoprofilbedömning data i grundpaketet. Tidigare läste man det som två separata kurser (HPI, 2008). Kursens innehåll syftar till att kursdeltagaren ska erhålla behörighet att själv kunna genomföra hälsoprofilbedömningar. Grundkursen behandlar de delar som ingår i en hälsoprofilbedömning, det vill säga blodtrycksmätning, skelettmätning, submaximalt test<sup>7</sup> på ergometercykel, upplevd ansträngning, viktgränser, konditionstal samt samtalet mellan hälsoprofilbedömaren och deltagaren. Kursen tar även upp hur man utvärderar hälsoprofilbedömningen och en förändrings- och kommunikationsmodell (HPI, 2008).

Fördjupningskursen i hälsoprofilbedömning genomförs under tre dagar där syftet är att fördjupa kunskaperna i metoden och medvetandegörande kommunikation. Kursen syftar även till att öka kompetensen i nulägesanalys och åtgärdsförslag på individ- och gruppnivå. Kursen behandlar också aktuell forskning samt nyttan med motion och fysisk arbetsförmåga (HPI, 2008).

---

<sup>4</sup> Ergometercykel: Testcykel som används inom arbetsfysiologin för att mäta effekten på kroppen och individers fysiska kapacitet (Andersson, 2005).

<sup>5</sup> EKG– Elektrokardiografi: Registrering av elektriska spänningar alstrade vid hjärtmuskelcellernas aktivering (Nationalencyklopedin, 2008e).

<sup>6</sup> Hälsoprofilbedömare: Den som utföra själva hälsoprofilbedömningen på individen och alltså leder bedömningen och tar alla mät- och testvärden (Andersson, m.fl., 2004).

<sup>7</sup> Submaximalt test: Prestation eller arbetsbelastning under individens maximala nivå. Fysiskt arbete på belastningar som ej kräver att den maximala syreupptagningen tas i anspråk. I ergometercykeltestet ska belastningen vara 50 % av den maximala syreupptagningsförmågan (Andersson, 2005).

Fortbildningsdagen utgår från de frågor som den utbildade hälsoprofilbedömaren kommit i kontakt med i sitt arbete med hälsoprofilbedömning vad gäller bedömningar och beräkningar. Kursen repeterar också genomförandet av hälsoprofilbedömning och submaximalt test på ergometercykel samt hur man ska bedöma olika testvärden och konditionstal (HPI, 2008).

Kursen hälsoprofilbedömning data har tidigare genomförts på två dagar. Från och med hösten 2008 ska den dock integreras i grundkursen. Syftet med kursen är att kursdeltagaren ska lära sig att mata in och beräkna testvärden som framkommer under hälsoprofilbedömningen. Kursen behandlar verktygen för beräkningar och bedömningar av fettfri kroppsvikt, fysisk aktivitet, testvärde, konditionstal och även statistik (HPI, 2008).

### Utförande

En hälsoprofilbedömning startar med att man låter deltagaren fylla i ett frågeformulär med svarsalternativ utifrån en femgradig skala som sedan ligger till grund för själva samtalet mellan hälsoprofilbedömaren och deltagaren (Andersson mf.l., 2004). Frågeformuläret (se Bilaga 3) innehåller elva frågor som berör individens olika hälsovanor: fritidsaktiviteter, motion, färd sätt till arbetet, kost, tobak, alkohol och medicin. Det berör också hälsoupplevelser: stress, symptom, ensamhet och upplevd hälsa (Andersson mf.l., 2004).

Efter det mäter hälsoprofilbedömaren längd, vikt, blodtryck samt beräknar skelettvikt och även den fettfria kroppsvikten hos deltagaren. Skelettvikten beräknas enligt en ekvation utifrån de mått man får fram genom att mäta handleder och knäleder på deltagaren. Detta gör man med en skelettmätare (Andersson mf.l., 2004). Den fettfria kroppsvikten beräknas fram utifrån deltagarens vikt samt skelettvikten. Man genomför även ett submaximalt test på en ergometercykel för att få reda på individens maximala syreupptagning ( $VO^2$  max). Under konditionstestet genomförande får individen uppges den upplevda ansträngningen med hjälp av Borghskalan<sup>8</sup> som samtidigt jämförs med den faktiska belastningen, det vill säga hjärtfrekvensen, vilket resulterar i att individen får svar på sin egna fysiska arbetsförmåga (Andersson mf.l., 2004).

I slutet av hälsoprofilbedömningen kopplar man ihop de mätvärden (som man får fram från skelettvikten, kroppsvikten och den fettfria kroppsvikten) samt testresultatet av ergometercykeltestet med upplevelsen av mätningarna och de olika frågedelarna som ingår i hälsoprofilen. Detta för att tillsammans bilda ett logiskt resonemang där syftet är att få individen att inse kopplingen mellan de olika mätvärdena och individens egna upplevelser av stress, symptom, socialsituation, hälsa och levnadsvanor. Detta ska förhoppningsvis genom egen övertygelse påverka individen till att ta ett eget beslut till att

---

<sup>8</sup> Borghskalan: En skattningsskala mellan 6-20 för upplevd ansträngning. Den korrelerar även starkt med både arbetsintensitet och pulsfrekvens under ett aerobt arbete (Folkhälsoinstitutet, 2008).



förändra sitt beteende för att på så vis uppnå en bättre hälsa och undvika ohälsa (Andersson mf.l., 2004).

Hälsoprofilbedömning anger Andersson (2005) är en metod som kan användas för att påverka till förändring av levnadsvanor. Metoden syftar till att hjälpa individer att göra individuella livsstilsförändringar genom att hälsoprofilbedömaren genom samtal med deltagaren ökar dennes medvetenhet om sin livs- och arbetssituation. Det ingår även i metoden att påverka och motivera individen att genom egna och självständiga beslut komma fram till förslag på förändringar i sin livsstil (Andersson, 2005).

## **Tidigare studier om hälsoprofilbedömning**

Tidigare studier inom området hälsoprofilbedömning i Sverige har gjorts av doktorerna i medicinsk vetenskap Gunnar Andersson och Sture Malmgren, som också varit de som tagit fram och format metoden hälsoprofilbedömning. De resultat som framkommit är att hälsoprofilbedömning kan användas som ett screeninginstrument för att få fram vilka på en arbetsplats som kan anses utgöra riskindivider och som alltså bör motiveras till att ändra sina levnadsvanor (Andersson, 1997).

I en annan studie där resultatet från en hälsoupplysningskampanj utvärderades av Malmgren (1997) visade det sig att kampanjens budskap främst nådde de som redan levde hälsosamt. Slutsatserna av detta var att det finns svårigheter med att nå ut med hälsoinformation till de rätta målgrupperna. Malmgren (1997) menar då att resultatet av kampanjen talar för att en bättre variant för kommunikation ska vara individanpassad och samtidigt stimulera till kommunikation mellan två parter. Parterna ska känna sig likvärdiga med varandra vad gäller bland annat status och intresse så att utbytet blir ömsesidigt så att individen själv kan komma till en egen övertygelse (Malmgren, 1997).

Andersson och Malmgren (1989) beskriver att hälsoprofilbedömning har utvecklats från teorimodellen theory of planned behavior och kan användas som medvetandegörande kommunikation i syfte att öka individens medvetenhet om sin hälsa och därmed koppla samman resonemanget upplevd hälsa med de mätvärden man får fram under hälsoprofilbedömningen. Detta ska då leda fram till självmotivation och förhoppningsvis en beteende- och livsstilsförändring (Andersson & Malmgren, 1989).

## **Problemformulering**

Folkhälsan i landet har förbättrats sett till det gångna århundradet främst på grund av att tekniken inom sjukvården utvecklats vilket bidragit till att medellivslängden ökat. Ser man däremot till folkhälsans utveckling under de senaste tre decennierna så finns det flera faktorer som pekar mot en mindre hälsosam trend. Däribland att både övervikten, fetman och den psykiska ohälsan ökar i relation med ökade kostnader för sjukvården (Socialstyrelsen, 2005).

För att förbättra livsstilen och levnadsvanorna hos befolkningen har de samhällsstyrande organen och även företagen insett vikten av att åtgärda problemen i förebyggande syfte (Rydqvist & Winroth, 2008). Arenor som har pekats ut för detta arbete är skolan och arbetsplatsen som har fått ett allt större ansvar i det hälsofrämjande arbetet. Olika modeller och verktyg kan användas i detta arbete varav en modell är att arbeta främjande och förebyggande med hälsa och förslagsvis från företagets sida erbjuda olika former av friskvård (Rydqvist & Winroth, 2008). Ett verktyg för att ta reda på vilka friskvårdsformer eller satsningar som företagets medarbetare är i behov av är genom användandet utav hälsotester för att undersöka hälsan hos de anställda. Det finns olika varianter av hälsotester, några mer ingående och omfattande än andra. Ett utav dessa hälsotester som används inom företagshälsovårdsföretag och även inom andra privata hälsoföretag är metoden hälsoprofilbedömning.

För att kunna redogöra för hur en livsstilsförändring kan gå till och vad som påverkar till en livsstilsförändring har vi valt att använda oss utav de två teorimodellerna transtheoretical model of change och theory of planned behavior. Utifrån dessa modeller går det sedan att analysera resultatet och koppla det till metoden hälsoprofilbedömning.

Hälsoprofilbedömning är något som vi som utbildar oss till Kost- och friskvårdspedagoger kommer i kontakt med under vår utbildning, samt att det finns en möjlighet och en sannolikhet att vi kan komma att arbeta med den i vårt framtida yrkesliv. Därför anser vi att det för vår egen skull, men även för andra som använder sig utav hälsoprofilbedömning, är viktigt att ha vetskap och kunskap om vad människor som genomfört den egentligen tycker och tänker om metoden. Detta för att få reda på om de tycker att metoden är relevant för att mäta det som den har för avsikt att undersöka, det vill säga hälsan, samt om den kan öka medvetenheten hos individen för att ändra sin livsstil. Detta leder oss fram till syftet. För att kunna besvara syftet har det delats upp och formulerats i ett antal frågeställningar.

## Syfte

Syftet är att undersöka upplevelsen av och inställningen till metoden hälsoprofilbedömning bland anställda som genomgått den och om den har någon påverkan på eventuella livsstilsförändringar.

### Frågeställningar

- Vad tycker de anställda om metoden som sådan och vilka upplevelser har de av den?
- Vilken/vilka livsstilsförändringar har de gjort, om de gjort någon/några?
- Upplever de att det är på grund av hälsoprofilbedömningen som livsstilsförändringen inträffat eller något annat?
- Vilken/vilka delar av hälsoprofilbedömningen anser de påverkade dem mest?
- Anser de att metoden är fullständig för att undersöka hälsan eller bör något utvecklas?

## Metod

I metodkapitlet kommer författarna att redogöra för hur vi gått tillväga i valet av metod, urval av företag och deltagare i undersökningen. Författarna kommer även att redogöra för hur vi utformade undersökningen samt hur vi genomförde den. De metoder som användes för att bearbeta och analysera det insamlade materialet kommer också att behandlas. Avslutningsvis kommer generaliserbarheten i undersökningen och de etiska ställningstagandena att tas upp.

### Val av undersökningsmetod

Denna studie bygger på fokusgruppintervjuer. Fokusgrupper är en gruppintervju som består utav en mindre grupp människor som tillsammans diskuterar kring ett givet ämne under en begränsad tid. Själva gruppen leds av en moderator som startar upp diskussionen och leder in gruppen på olika nya frågor och aspekter under intervjuens gång (Wibeck, 2000). Det som framkommer i gruppen kan sedan ligga till grund för analys (Wibeck, 2000). Syftet med studien var alltså att öka förståelsen vad gäller inställningen till och upplevelsen av hälsoprofilbedömning. Trost (2007) menar att om frågeställningen är formulerad så att det gäller att hitta ett mönster eller att förstå något ska man göra en kvalitativ studie.

Författarna valde att använda sig utav fokusgrupper för att studera *innehåll*; det vill säga olika människors attityder, föreställningar, argument och värderingar för ett visst ämne, som i detta fall var ämnet hälsoprofilbedömning (Wibeck, 2000). Man kan även använda fokusgrupper för att studera själva *interaktionen* i gruppen, det vill säga hur gruppen resonerar kring olika ämnen och om de uppstår enhetlighet eller konflikter. Wibeck (2000) skriver att det bland annat är lämpligt att använda sig utav fokusgrupper när man ska undersöka varför människor handlar som de gör och motivet/motiven till deras agerande. Det kan även vara lämpligt att använda fokusgrupper som undersökningsmetod när man vill få en ökad förståelse för andra människors upplevelser vilket är syftet i denna studie (Wibeck, 2000).

Intervjuer är en undersökningsmetod som i många fall är lämplig, eftersom man kan få fram mer djupgående information som annars hade varit mycket svår att komma åt om man exempelvis genomfört en enkätundersökning (Wibeck, 2000). Gruppintervjuer som i detta fall utgörs av fokusgrupper kan vara mer ekonomiskt fördelaktiga jämfört med att göra individuella intervjuer i den aspekten att mer tid och material skulle behövt användas om författarna gjort enskilda intervjuer med lika många deltagare (Wibeck, 2000).

### Tillvägagångssätt

#### Urval av företag

Antalet fokusgrupper till studien planerades till tre och inte fler eftersom att varje fokusgruppintervju innebär flera timmars transkribering (skriva ner ordagrant allt som

sagts under intervjun) och författarna ansåg att tiden för att genomföra fokusgruppintervjuer och även att analysera allt material som framkom under intervjuerna var begränsad. I detta fall har två olika strategier använts för att få fram de tre möjliga företagen som var planerade till studien samt till det företag som författarna genomförde sin pilotstudie på. Dessa två strategier var genom kontaktperson och egen sökning genom internetsidan [www.hitta.se](http://www.hitta.se)<sup>9</sup>.

## **Pilotstudie**

En pilotstudie gjordes för att ligga till grund för de övriga tre fokusgruppintervjuerna (Wibeck, 2000). Pilotstudien rekryterades genom kontaktperson, det vill säga att man har en kontakt inom företaget eller att en person har vetskap om passande företag för den aktuella studien (Wibeck, 2000). Pilotstudien genomfördes på ett företag som författarna tidigare hade haft kontakt med och således hade god kännedom om och visste hade genomfört hälsoprofilbedömningar.

En förfrågan till det företaget skedde via muntlig förfrågan till kontaktpersonen. Datum bestämdes för att genomföra pilotstudien. Deltagare till pilotstudiens fokusgruppintervju rekryterades av den kontaktperson som författarna hade på det aktuella företaget som tillfrågade personalen i fråga. Antal deltagare och kriterium var de samma som för övriga fokusgruppintervjuer som ingick i studien, det vill säga fem deltagare och att man genomfört minst en hälsoprofilbedömning under de senaste fem åren.

Pilotstudien genomfördes dels för att öva intervjuteknik och föra anteckningar, dels för att se om upplägget av intervjun var utformad på ett passande sätt och om frågeguiden var lättförståelig och innehöll relevanta frågor (Patel & Davidson, 2003). Pilotstudien genomfördes även för att se om den tidsplanering som författarna avsatt för varje fokusgruppintervju var lämplig. Resultatet av pilotstudien visade sig vara bra och både tidsplaneringen och upplägget uppfattades som lämpligt och behölls i ursprungskick. Pilotstudiens frågeguide utvärderades och ändringar gjordes vad gäller frågornas formulering för att bli mer lättförståeliga. Antalet frågor minskade från elva till åtta frågor eftersom några frågor uppfattades snarlika.

## **Företag $\alpha$**

Det första företaget till studien rekryterades genom att olika företag kontaktades via telefon. Vilka företag författarna skulle kontakta utsågs genom att slumpmässigt välja ut bokstäver som skrevs in på [www.hitta.se](http://www.hitta.se). Några företag valdes också genom att vi funderade ut olika branscher med stora företag som kunde tänkas ha genomfört hälsoprofilbedömning. Sammanlagt kontaktades 43 företag.

---

<sup>9</sup> En internetsida där man kan söka efter adresser och telefonnummer till privatpersoner och företag

Båda författarna var med och kontaktade företagen och ringde upp olika företag var för sig. Detta för att effektivisera ringandet. Kriteriet för de kontaktade företagen var att man som medarbetare skulle ha gjort en hälsoprofilbedömning inom de senaste fem åren för att få delta i studien. Avsikten med detta kriterium var att man som anställd skulle ha lättare att komma ihåg vad metoden innebar om man gjort den relativt nyligen. Av alla företag som kontaktades via telefon var det tre företag som ställde sig positiva till att få ett informationsbrev via mail (se Bilaga 1a). Utav dessa tre företag som fick informationen så var det ett företag som ställde sig positiv till att delta i studien.

### **Företag $\beta$ och $\gamma$**

De två andra företagen som deltog i studien rekryterades genom den andra strategin, via en kontaktperson som hade god vetskap om några företag som använt sig utav hälsoprofilbedömning (Wibeck, 2000). Denna person informerade oss om två lämpliga företag som genomfört hälsoprofilbedömning. Därefter kontaktades personalansvarig alternativt hälsoansvarig på företagen via mail för att få upplysningar om vart författarna kunde nå personen på telefon, för att sedan bli uppringda för en lite närmare presentation om studien samt förfrågan om att delta. Av dessa två företag var båda villiga att få ett informationsbrev via mail (se Bilaga 1b). Båda dessa företag ställde sig positiva till att delta i studien.

### **Urval av fokusgruppsdeltagare**

Urvalet av fokusgruppsdeltagare gjordes med hjälp utav hälsoinspiratören eller personalansvarig på arbetsplatserna, det vill säga vår kontaktperson på respektive företag som vi pratat med på telefon och hade haft mailkontakt med. Företagens hälsoinspiratör alternativt personalansvarig gjorde en förfrågan bland personalen om det fanns intresse av att delta i studien. Inom samtliga fokusgruppintervjuer har författarna inte deltagit i urvalsprocessen.

I varje fokusgruppintervju planerades fem deltagare. Det antal deltagare som angavs när företagen kontaktades var fem (se Bilaga 1a) alternativt fem till tio deltagare (se Bilaga 1b). Författarna angav minimum fem deltagare i varje grupp eftersom det ansågs vara ett lämpligt antal för att ha alla deltagares uppmärksamhet samt att både deltagarna och vi som ledde intervjun kunde ha ögonkontakt med varandra (Wibeck, 2000). Hade författarna valt färre deltagare per grupp kunde det ha genererat att en av deltagarna fungerat som en slags medlare mellan de andra två. Wibeck (2000) menar att man i en fokusgruppintervju bör ha minst fyra och max sex deltagare för att diskussionen och interaktionen ska bli så bra som möjligt i gruppen. Är man dessutom fler än sex deltagare kan det bildas undergrupper i gruppen som istället väljer att samtala med varandra istället för med hela gruppen och att mer tillbakadragna deltagare har lättare att falla i skymundan (Wibeck, 2000).

Att rekrytera deltagare till fokusgrupperna kan innebära en del risker. Tillräckligt med deltagare kanske inte dyker upp och därför angav författarna upp till tio deltagare vid kontakten med två utav företagen (företag  $\beta$  och  $\gamma$ ) (Wibeck, 2000). Anledningen till att det

första företaget (företag  $\alpha$ ) inte blev tillfrågade om fler antal deltagare än fem, var helt enkelt en miss hos författarna.

För att på bästa sätt minimera risken för bortfall och avhopp upplyste författarna deltagarna i ett tidigt stadium om vikten av deras deltagande i studien (Wibeck, 2000). I detta fall gick kommunikationen genom personalansvarig eller hälsoinspiratören på respektive företag. Efter den första kontakten kontaktades företagen vid flera tillfällen angående tidpunkt för mötet samt hur själva genomförandet av fokusgruppintervjuerna skulle gå till. En vecka innan varje fokusgruppintervju skickades via personalansvarig eller hälsoinspiratören ett informationsbrev (se Bilaga 2) till varje deltagare med ett tillhörande stimulusmaterial (se Bilaga 3) för att kunna väcka lite idéer och tankar kring det som skulle diskuteras. Detta för att åter igen upplysa om vikten av deltagande, samt informera om studiens syfte (Wibeck, 2000).

### **Frågeguidens utformning**

Fokusgruppintervjuer kan vara antingen mer eller mindre strukturerade eller ostrukturerade (Wibeck, 2000). Fokusgrupperna i denna studie var mer strukturerad än ostrukturerade eftersom en mer strukturerad form är att föredra när man ska göra en typ av utvärdering enligt Wibeck (2000). Målet var att deltagarna fritt skulle kunna diskutera med varandra och inte med moderatören i så stor utsträckning.

För att skapa en mer strukturerad än ostrukturerad fokusgruppintervju använde författarna sig utav en frågeguide (se Bilaga 4). En frågeguide innebär också en hjälp i att lättare få svar på det man ämnar undersöka (Wibeck, 2000). Författarna använde sig av en frågeguide som inbegrep åtta förutbestämda frågor som moderatören ställde på alla fokusgruppintervjuerna. Frågorna till frågeguiden utarbetades utifrån syftet så att frågeställningarna i uppsatsen skulle bli besvarade. Guiden har skapats efter modellen att intervjun ska vara mer strukturerad och samma frågor har ställts vid alla fokusgruppintervjuerna. Vid varje tillfälle har ospecificerade följdfrågor ställts av moderatören. Detta för att leda deltagarna tillbaka till ämnet då de svävade ut för mycket ifrån det (Wibeck, 2000).

### **Genomförandet av fokusgruppintervjuerna**

Författarna hade tagit miljöfaktorn i beaktande och valt att lägga fokusgruppintervjuerna på deltagarnas hemmaplan, det vill säga arbetsplatsen. Detta för att gruppens diskussion inte skulle hämmas, vilket den kunde ha gjort om mötet ägt rum i en ny, ovan och främmande omgivning (Wibeck, 2000).

Författarna valde också att under själva diskussionen skapa ett passande avstånd mellan deltagarnas sittposition så att man inte satt för nära varandra eftersom det kunde inkräkta på ens personliga territorium (Wibeck, 2000). Men man skulle heller inte sitta för långt ifrån varandra så att man skulle ha svårt att få ögonkontakt med de andra deltagarna. Därav valdes

ett runt bord på de platser möjligheten fanns, eller att författarna placerade deltagarna på ett bra avstånd ifrån varandra där ett runt bord inte fanns (Wibeck, 2000). Moderatoren undvek även att sätta sig i en ordförandeliknande position då det kunde hålla tillbaka spontaniteten hos deltagarna i deras svarande (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2005).

Varje fokusgruppintervju, som tog mellan 35-40 minuter vardera, startade med att båda författarna hälsade gruppen välkommen. Varvid en utav författarna, som agerade som assistent, berättade kort om författarna och syftet med studien. Vidare upplyste denna om vad en fokusgruppintervju är, vad en hälsoprofilbedömning är, att det ingick åtta frågor i frågeguiden, att det skulle ta högst 40 minuter och att allt deltagande var anonymt samt allt material som spelades in skulle behandlas konfidentiellt. Detta gjordes för att låta gruppen identifiera sig med det uppdrag de tilldelats, det vill säga bidra med tankar och åsikter, och för att de skulle känna samhörighet med varandra (Wibeck, 2000). Assistenten upplyste även inför varje fokusgruppintervju om att själva intervjuens syfte inte var att på något sätt undersöka deltagarnas kunskap eller att söka efter några särskilda svar (Wibeck, 2000). Detta för att deltagarna skulle känna att de kunde diskutera fritt kring ämnet hälsoprofilbedömning. Assistenten uppgav att denne skulle föra anteckningar som stöd för senare analys och skulle alltså inte delta i diskussionen.

Ett papper skickades runt där deltagarna fick ange vilken ålder de hade. Åldrarna skulle anges inom fem års spann (se Bilaga 5). Därefter startades mp3- och bandspelaren och den andre författaren tog vid, som utgjorde moderatoren. Det finns olika möjligheter till hur man dokumenterar själva intervjuerna. I detta fall har både mp3-spelare och bandspelare använts. Vi använde oss utav två inspelningsinstrument för att ha den andra som säkerhetskopia utifall att den ena skulle sluta fungera. En fördel med mp3-spelare är att deltagare ofta har lätt att inte lägga något fokus på den och att man inte störs av den, jämfört med en videokamera, vilket leder till att deltagarna blir mera avslappnade och diskuterar som om mp3-spelaren inte fanns med (Wibeck, 2000). En nackdel är att man under transkriberingen och analysen inte kan "se" vem som talar, om man vill kunna särskilja de olika deltagarnas åsikter (Wibeck, 2000). En hjälp i att eliminera det problemet var att assistenten förde anteckningar om vem som sa vad för att under själva transkriberingen kunna särskilja talarna åt (Wibeck, 2000). Detta för att lättare kunna se mönster i diskussionen.

Frågorna i frågeguiden ställdes utav moderatoren. Den första frågan (se Bilaga 4) var inriktad som en öppningsfråga till var och en av deltagarna där moderatoren frågade var och en hur många hälsoprofilbedömningar de genomfört, när den senaste ägde rum samt om det ingått ergometercykeltest. De efterkommande frågorna ställdes till hela gruppen och var således inte inriktad till var och en av deltagarna specifikt. När moderatoren upplevde att en fråga var besvarad och ingen av deltagarna hade något mer att tillägga fortsatte denne vidare till nästa fråga. Frågorna i frågeguiden ställdes i den ordning som de var numrerade, dock kunde deltagarna sväva in på nästföljande fråga utan att moderatoren ställt frågan. Moderatoren uppgav då detta och lät sedan gruppen fortsätta sin diskussion. När alla åtta frågor var ställda avslutades intervjun. Därefter bjöd författarna deltagarna på medtaget gott fika.

## **Etiska ställningstaganden**

Alla deltagare erhöll ett informationsbrev (se Bilaga 2) en vecka innan själva fokusgruppintervjun för att få information om att allt deltagande var anonymt och att allt material behandlades konfidentiellt, samt att deltagandet var frivilligt och att man kunde hoppa av studien när man ville, detta i samråd med Vetenskapsrådet (2008). I brevet framgick det även information om vad syftet med studien var. Detta upplystes även deltagarna om vid starten av varje intervju. Författarna angav även att allt det som sades inom gruppen under intervjun skulle stanna där, detta för att kunna ta hänsyn till den etiska aspekten på bästa sätt (Vetenskapsrådet, 2008).

Att få vara anonym i denna studie går att uppfylla till en viss grad, så pass att inga namn behöver nämnas under intervjun eller i resultatet samt att eftersom författarna använde sig utav mp 3- och bandspelare kan heller inga ansikten urskiljas. Konfidentialitet går däremot att uppfyllas fullständigt, det vill säga att den information som författarna kommer över kan de spara och skydda noggrant, så som bandinspelning och transkribering (Vetenskapsrådet, 2008). Både transkribering och bandinspelning kommer att förstöras när studien avslutats för att värna om integriteten på bästa sätt, vilket även deltagarna upplysts om (Vetenskapsrådet, 2008).

Ett ytterligare etiskt ställningstagande som gjorts är att de medverkande företagen i studien har alla tillfrågats om de uppgifter och fakta som framkommer om varje företag i resultatet och har godkänts av respektive företag. Företagens liksom deltagarnas har fingerats och kodats detta för att skydda deltagarnas och företagens anonymitet ytterligare.

Inom forskning är det viktigt att man värnar om individen och dess integritet, därmed har det skapats forskningsetiska principer i syfte att skydda individen. Denna studie har beaktat de forskningsetiska principerna och i största möjliga mån försökt uppfylla de fyra individskyddskraven; informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2008).

## **Bearbetning och analys**

### **Transkription**

Wibeck (2000) anger att det finns fyra typer att bearbeta inspelat material på: bandbaserad, anteckningsbaserad, minnesbaserad och transkriptionsbaserad. Författarna i denna studie valde att transkribera alla fokusgruppintervjuer eftersom det är det bästa sättet för att kunna genomföra en noggrann och bra analys, men det är också det mest tidskrävande bearbetningssättet (Wibeck, 2000). Författarna satte sig ner efter varje genomförd fokusgruppintervju för att lyssna till de inspelade intervjuerna och för att börja transkribera. Detta för att kunna återge så mycket fakta och information av diskussionen som möjligt medan man hade det färskt i minnet (Wibeck, 2000). Allt som sades skrevs sedan ner utav en av författarna i ett ordbehandlingsprogram på dator medan författarna lyssnade till



inspelningarna om och om igen tills man ansåg att transkriberingen var korrekt jämfört med inspelningen.

Graden av transkribering går också att dela upp i tre olika nivåer (Wibeck, 2000). Nivå ett som är den mest noggranna innebär att man genomför en detaljerad transkription där man tar med talstyrka, talhastighet, tvekljud, talspråksformer, betonade ord etc. (Wibeck, 2000). Nivå två är också den noggrann men med mera inslag av skriftspråk. Den tredje nivån är helt skriftspråksnormerad och syftet är istället att återge det som huvudsakligen sägs istället för att vara helt ordagrann (Wibeck, 2000). I detta fall valde författarna att bearbeta det insamlade materialet genom att transkribera materialet fullständigt och skriva ner ord för ord i den form de uttalats och även tvekljud. Talhastighet och talstyrka har inte angivits. Anteckningar som fördes under själva fokusgruppintervjun användes som stöd för att kunna ange vilken deltagare som sa vad.

## **Analys**

Efter transkriberingen skrevs dokumenten ut och klipptes i bitar fråga för fråga. Varje fokusgruppintervju kodades med en figur för att författarna senare skulle kunna särskilja vilket isär klippt bit som kom från vilken fokusgruppintervju. Varje fråga parades ihop med samma fråga från de olika fokusgruppintervjuerna. Det vill säga att alla fråga ett parades ihop och alla fråga två parades ihop o.s.v. Varje fråga lästes igenom och intressanta ord och meningar som ansågs var viktiga för att besvara studiens frågeställningar ströks under. Efter att alla frågor behandlats med understrykningar gick författarna vidare till att skriva nyckelord i marginalen på de utskrivna och ihop parade frågorna för att få en lite bättre överblick (Trost, 2007). Frågorna studerades var och en för sig för att urskilja återkommande tankefigurer och mönster (Wibeck, 2000). Därefter sammanfattades varje fråga för att i sin tur analyseras utifrån varje frågeställning. Eftersom resultatet har analyserats utifrån syftet att besvara varje frågeställning så redovisas även resultatet frågeställning efter frågeställning.

## **Generaliserbarhet**

Resultaten av fokusgruppintervjuer ger inte möjlighet till att uttala sig generellt om olika grupper. Det handlar i stället om att kartlägga förekomsten av olika tanke kategorier och öka förståelsen för olika resonemang (Esaiasson m.fl., 2005). Författarna är införstådda med att urvalen löper stor risk att inte bli representativa för någon meningsfull population, men populationen består av personer som är intresserade nog av att vilja diskutera ett givet ämne (Esaiasson m.fl., 2005).

Att generalisera något utifrån de resultat som framkommer i studien är svårt, en eventuell generalisering kan bara göras till abstrakta fenomen så som tanke kategorier eller möjliga tolkningar av världen. Det man kan studera är alltså förekomster av olika sätt att se på världen

och därmed inte hur många som tolkar världen på det ena eller det andra sättet. (Esaïasson m.fl., 2000).

Eftersom studien innehåller fokusgrupper som har tillsats på premissen ”tillgänglig grupp” det vill säga inte individer som utgör ett stickprov eller ett fall, så kan inte resultatet gälla för andra grupper än de som undersökts i studien (Patel & Davidsson, 2003). I denna uppsats var inte syftet att generalisera resultatet utan istället var syftet att nå en högre förståelse inom vårt problemområde.

## Resultat

Resultatet kommer att först beskriva bortfallet i studien. Vidare kommer en beskrivning av deltagarna och de företag de var anställda vid att presenteras. Därefter kommer resultatet att presenteras i relation till frågeställningarnas ordning.

### Bortfall

De exakta antalen samtal antecknades inte vid tillfällena och var svårt att sammanställa i efterhand, men antalet företag som kontaktades var 43 stycken. Av alla de företagen som kontaktades via den slumpmässiga uppringningen var det endast tre företag som ställde sig positiva till att få ett informationsbrev, varav ett valde att delta i studien. Det innebär ett bortfall på två utav de tre företag som fick brevet och sedan valde att medverka i studien. Ser man däremot till den andra urvalsmetoden där två företag kontaktades via tips från en kontaktperson så är bortfallet noll då de två företagen som kontaktades bestämde sig för att vara med i studien. Vad gäller bortfall av deltagare i studien så var det en som inte kom till fokusgruppintervju utav de som ursprungligen skulle ha deltagit vilket ger ett bortfall på 1/18.

### Beskrivning av deltagarna

Deltagarna utgjordes utav 11 kvinnor och 6 män utav de 17 deltagare som ingick i alla fokusgruppintervjuer sammanlagt. Företag  $\alpha$  och företag  $\beta$  hade båda fem fokusgruppsdeltagare med vardera två män och tre kvinnor. På företag  $\alpha$  tillhörde deltagarna åldersgruppen 25-29 år till 45-49 år (se Bilaga 5 för förklaring). Företag  $\beta$  hade mindre spridning av åldrarna där deltagarna kryssade för 35-39 årsgruppen till 45-49 årsgruppen. Företag  $\gamma$  hade sju deltagare i sin fokusgrupp varav två män och fem kvinnor. Åldern på deltagarna sträckte sig från 30-34 årsgruppen till 60-64 årsgruppen. Alla deltagare fick ange sin aktuella ålder genom att kryssa för i vilken åldersgrupp de tillhörde. Varje åldersgrupp var uppdelat i åldersspann om fem år.

Alla deltagare i de tre fokusgrupperna hade inom den senaste fyraårs perioden (sedan 2004) genomfört minst en hälsoprofilbedömning och uppfyllde därmed kriteriet som var

en hälsoprofilbedömning inom en femårs period. I stort sett alla hade gjort minst två hälsoprofilbedömningar, med undantag av fyra deltagare som hade gjort en hälsoprofilbedömning varav alla där hade gjort ergometercykeltest utom en deltagare.

## **Beskrivning av företagen**

### **Företag $\alpha$**

Det här företaget är ett stort privat företag med flera kontor i Sverige och som ingår i en stor koncern med internationell bredd. Det kontor som ingick i studien har 16 medarbetare. Arbetsmomenten beskrivs som ganska stillasittande kontorsarbete och som i perioder har inslag av bilresor i samband med kundbesök. Företagets friskvård har under den senaste fem års perioden bestått utav aktivitetsersättning i form av träningsbidrag. För fyra år sedan inträdde en nyanställning som ansvarig på HR avdelningen (Human Resource<sup>10</sup>) och som drev igenom ett högre aktivitetsersättningsbelopp än tidigare. Varje enskilt kontor har i dagsläget även utsett en ”hälsocoach” där uppgiften är att verka som en ventil mellan anställda och chefer, samt komma med idéer och förslag på hur arbetsplatsen kan främja sin hälsa. I dagsläget genomförs även en stor stegtävling Sverige kontoren emellan.

### **Företag $\beta$**

Detta företag är ett privat företag inom tillverkningsindustrin och har 750 anställda i Västsverige. Företaget har olika avdelningar där man antingen kan ha ett rörligt arbete om man arbetar inom tillverkning och verkstad där en hel del monotona rörelser förekommer eller ett stillasittande kontorsarbete som tjänsteman. Hälsoarbetet på företaget har under de senaste åren utvecklats enormt. De anställda har mycket goda möjligheter att ta del av aktiviteter så som aktivitetsbidrag, gratis utnyttjande av halltider för diverse inomhus sporter, simma gratis en gång per vecka, gå på kulturella evenemang med mera. Företaget driver även olika projekt med bland annat vattengymna, massage, vibrationsträning, hälsoskola, kostutbildning, yoga och ryggskola. Dessa projekt har fått fler antal deltagare under åren som gått.

### **Företag $\gamma$**

Detta företag är en statlig myndighet. På den arbetsplats som tillfrågades att delta i studien arbetar idag 24 personer och där arbetsmomenten utgörs av främst stillasittande kontorsarbete. Framkommen fakta från kontaktpersonen på företaget anger att 19 personer använder friskvårdstimmen (1 tim/vecka) i den utsträckning de hinner. Vilket också är en siffra som har ökat sedan arbetsplatsen fick ett gym i anslutning till deras lokaler. Personalen har också möjlighet att istället välja aktivitetsersättning om 1000 kr per år. Denna möjlighet är det en person på arbetsplatsen som utnyttjar. Myndigheten har satt upp mål för sjukfrånvaron på 4 % och den aktuella enheten har inte haft hög sjukfrånvaro de senaste åren.

---

<sup>10</sup> Hantering av mänskliga resurser. Det vill säga hur företaget och organisationen strategiskt arbetar med sin organisation och personal (Wise Group, 2008).

## **Tankar och upplevelser kring hälsoprofilbedömning**

Under intervjuerna framkom det att man som hälsoprofilbedömaren kan utföra hälsoprofilbedömningen på olika sätt beroende på hur hälsoprofilbedömaren väljer att lägga upp den. I de fall där deltagaren fick fylla i frågeformuläret tillsammans med hälsoprofilbedömaren och sedan låta formuläret ligga till grund för själva samtalet så uppgav deltagarna att man hade en mera positiv upplevelse av hälsoprofilbedömningen. I de fall där deltagaren fick fylla i formuläret själva innan mötet och där hälsoprofilbedömaren inte diskuterade så mycket kring själva formuläret så hade deltagarna en sämre upplevelse. Hälsoprofilbedömarens upplägg och struktur påverkade därmed upplevelsen starkt. Dock upplevde majoriteten av fokusgruppsdeltagarna hälsoprofilbedömningen som positiv. De har en positiv inställning till många tester som ingår i bedömningen. Många är intresserade och nyfikna på de resultat som man får fram efter genomförd hälsoprofilbedömning. Några åsikter som framkom var:

Nyfiket, vad resultatet skulle bli denna gången om det var bättre. (Kvinna A, företag  $\gamma$ )

Det blir liksom ett kvitto på så här är jag idag och det är ju alltid bra och veta liksom om man behöver göra nån förändring eller så här. (Man G, företag  $\beta$ )

En fokusgrupp hade en något sämre bild av själva upplevelsen av hälsoprofilbedömningen. De upplevde den som rörig, ostrukturerad och virrig. De poängterade att detta inte berodde på metoden i sig utan frågorna. De ansåg att idén var bra, men att deras negativa känsla egentligen orsakades av dem som utfört själva hälsoprofilbedömningen. De upplevde det som att hälsoprofilbedömarna var trevliga men att de inte hade någon riktig struktur i deras arbete och deltagarna uttryckte de bland annat så här:

Rörigt. Ostrukturerat. Dom sa gå hit gå dit, gå hit gå dit, vänta här sitt här och sen så... ja. Sen så tyckte jag inte att det var så jätte bra genomfört, även om idén var jätte bra och frågorna och formulären var bra. (Kvinna B, företag  $\alpha$ )

## **Livsstilsförändringar - på grund av hälsoprofilbedömningen eller inte?**

Under fokusgruppintervjuerna framkom det delade meningar om deltagarna gjort någon livsstilsförändring efter deras senaste hälsoprofilbedömning. En generell trend var svår att urskilja då det var en ungefärlig 50/50 fördelning vad gäller livsstilsförändring eller inte. En del av deltagarna framhöll att de inte gjort någon medan andra sa att de hade gjort någon form av livsstilsförändring.

Näh jag tror inte att jag ändrat så mycket faktiskt, inte det faktiskt. Jag tränar nog ungefär lika mycket nu som jag gjorde innan, äter jag nog ungefär lika mycket gräddsås och kött som jag gjorde innan. Sen tycker jag att det är kul, just när man får det på papper så känner man att man vill pusha sig mer nästa år. Det är kul att man ser en förbättring, så på så sätt kan det vara bra kanske. (Man H, företag  $\alpha$ )

Ja jag började motionera helt enkelt , å så med det följer ett ökat intag av kost, till exempel att man måste börja äta regelbundet, frukost, lunch och middag. Jag gick från ett härligt studentikost slackerliv till att bli en arbetare/.../ Mm, sen så sluta jag snusa också. (Man I, företag  $\gamma$ )

För mig är det helt tvärtom ju. Jag har ju dragit ner på träningen och minskat mitt engagemang för träning sedan den sista hälsoprofilbedömningen. De kan bli för mycket åt det hållet också ju. (Man G, företag  $\beta$ )

Under alla fokusgruppintervjuerna nämnde deltagarna att friskvårdsarbetet på arbetsplatsen hade förbättrats under de senaste åren och att det idag var fler som nyttjade sin friskvårdstimme eller andra former av friskvård genom företaget. Den trend som finns i alla fokusgruppintervjuer är att hälsoprofilbedömning har varit en slags utgångspunkt och det första steget i att utveckla friskvårdsarbetet på respektive företag. Hälsoprofilbedömningarna har då sammanställts och utifrån dem har man sett inom vilka delområden som medarbetarna har sämre värden och resultat. Utifrån dessa resultat har företaget då skapat friskvårdsformer som ska förbättra dessa resultat. Många deltagare upplever att hälsoprofilbedömningen i sig har varit en del i det sammantagna friskvårdsarbetet som företaget har och att den varit som ett verktyg för att komma fram till vilka friskvårdssatsningar som företaget i sig bör göra för att få en mer välmående personal. Deltagarna upplevde att hälsoprofilbedömningen bidrog med att öka medvetenheten kring deras hälsa och på så sätt bidrog till eventuella livsstilsförändringar. Några deltagare beskriver hur företagets ökade medvetenhet påverkat friskvården på arbetet och som bidrog till förändringar i livsstilen:

Då hände det mest. Då hade vi profilen å sen så hade vi tre föreläsningar, små korta föreläsningar under det året emellan första och andra. (Kvinna D, företag  $\gamma$ )

Jag skulle säga indirekt, för det är snarare företagets fokus som har gjort att den frågan har kommit fram och skapat motivation inom företaget med alla mail som går runt om löprundor och tävlingar och såna där saker. Hälsoprofilbedömningen var ju en del i det, men jag tror inte att det var den i sig. (Kvinna B, företag  $\alpha$ )

Jag tycker företaget lagt ett starkt fokus på det och att man inser att en välmående personal också är ett välmående företag. (Man J, företag  $\alpha$ )

De ämnen som diskuterades mest under fokusgruppintervjuerna var förändringar inom kost-, motions- och tobaksvanor. Där deltagarna bland annat berättade om att de hade börjat motionera. Man pratade i några fall om att hälsoprofilbedömningarna hade bidragit till att man förbättrat sin kondition för att man var medveten om att man skulle göra fler hälsoprofilbedömningar och då vill förbättra sina testvärden till nästkommande gång. De deltagare som uppgav att de gjort en förändring där de ansåg att hälsoprofilbedömningen bidragit beskrev också att det var efter den första hälsoprofilbedömningen som man gjort förändringen, om man hade gjort fler än en bedömning.

Jag kan börja då och säga att det har jag gjort, jag har nog försökt att tänka mer på att gå istället för att ta bilen och istället för att ta hissen och ännu mer har jag nog tänkt på det sedan vi började mer våran stegtävling/.../ Jag började nog att tänka på det efter att jag hade gjort den här hälsoprofilbedömningen. (Kvinna C, företag  $\alpha$ )

Så det kan jag också tycka, att största förändringen skedde efter första och även personligen då att man det jag tog till mig var att man skulle göra lite varje dag Det hade jag inte gjort innan, då hade jag tränat också aktivt några gånger i veckan. Några minuter varje dag istället. (Kvinna D, företag  $\gamma$ )

Livsstilsförändringar har underlättats av företagets egna friskvårdsarbete uppger de flesta deltagare, men de anger också att själva förändringen inte är knuten till antingen fritiden eller till arbetet. Deltagarna beskriver det så att om man gjort en förändring så upplever de att hela deras förändring speglades i både fritiden och på arbetet. Deltagarna menar att det är en kombination av båda delarna:

Näh det är både och. Jag gick nog direkt från garaget till hissen förut. Och det gör jag faktiskt inte längre utan nu är det trapporna och även på min fritid så försöker jag att gå och hämta mina barn då när jag har dom, jag har dem på olika ställen, så det är nog både och. (Kvinna C, företag  $\alpha$ )

## **Vilken del av hälsoprofilbedömningen påverkade deltagarna mest?**

Den del som påverkade deltagarna mest visade sig vara individuellt till den egna upplevelsen av hälsoprofilbedömningen. Det kunde både vara negativ och positiv påverkan. Det som är återkommande under fokusgruppintervjuerna är att den del som tycks påverka deltagarna mest är den del där man vet med sig själv att man kanske inte presterat som man borde. Det kunde även vara sådana saker som påpekades vid föregående hälsoprofilbedömning och som man under den gången diskuterat att man borde förändra för att kroppen skulle må lite bättre. Efter det som framkom på hälsoprofilbedömningen uttryckte flera deltagare att det blev det som en morot att komma till rätta med det som var mindre bra tills nästa hälsoprofilbedömning. Att veta att man skulle följa upp med en ny hälsoprofilbedömning var med andra ord sporrande för att ta tag i ”problemen”. Värden är samtidigt konkreta och enkla att se förändring av under en tidsperiod vilket gör det lättare att jämföra från gång till gång. Det vill säga de delar som påverkade individen mest var de delar man får fram från testvärden och resultat som avviker från normen eller rekommendationerna:

Jag tyckte ju vissa frågor...man visste ju att det kom och det medvetandegjorde ju vid första tillfället. Sen visste man ju att man hade möjlighet att påverka så det kändes ju lite ojämnt där hade jag inte gjort så mycket åt den saken där, jamen då får jag försöka till nästa gång. Så det medvetandegjorde ju olika frågor egentligen. (Man K, företag  $\gamma$ )

För min del var det nog den som var början till det hela eftersom jag hade lite risiga, ganska riktigt så risiga värden på sina håll. Det var nog den som kickade igång det här tänkte på något sätt. (Kvinna C, företag  $\alpha$ )

Det kunde även vara så att den del som påverkade dem var inom de områden som man ville få bekräftade, det vill säga att man fick ett resultat på att något var bra. Där en deltagare uttrycker sig som sådan:

När de mätte skelettet, det tyckte jag var skönt för jag har alltid fått höra att sen jag var liten att: Ja den där lilla övervikten, du har ju så tjock benstomme. Då fick jag det bekräftat att jag hade tjockt skelett. Det tyckte jag var jätte bra, att man fick med skelettet på ett hörn liksom. (Kvinna D, företag  $\gamma$ )

Om man ser till samtalsdelen jämfört med cykeldelen så tas själva samtalsdelen upp i större grad under fokusgruppintervjuerna, där de områden som benämns mest är motions-, stress- och kostdelen. Vilket är de delar som deltagarna uppger ha påverkat dem mest. Cykeldelen representerar mer ett konstaterande om deltagarnas status idag. Några deltagare beskriver det såhär:

Jag tyckte att konditionstesterna med cykeln där var bra. Bra att man kollar blodtrycket varje gång, i kombination med hur mycket man klarar av att cykla. (Kvinna A, företag  $\gamma$ )

Det är ju i så fall vissa delar under själva samtalet. För min del har ju inte cykeldelen bidragit med någon förändring i sig, men det har ju bidragit till ett kvitto på så här är det idag, men det är ju själva samtalsbitarna som man diskuterar och får lite feedback tillbaka och så. (Man G, företag  $\beta$ )

En del som deltagarna upplevde att deras medvetenhet ökade mest kring var vardagsmotionen och dess betydelse. Samtidigt beskriver några deltagare att hälsoprofilbedömning har bidragit till en ökad medvetenhet individuellt och upplyst deltagarna om fakta som de inte visste innan.

Jag har gjort lite allt möjligt i olika perioder i mitt liv, men jag blev väldigt medveten om hur lite det behövs egentligen för att hålla sig någorlunda frisk. Jag hade lite för höjt blodtryck och det betyder egentligen 30 minuter promenad i princip nästan varje dag så fixar man en sån grej. Så det gör att man blir väldigt medveten om sin hälsa och vad man egentligen borde göra och vad man gör. (Kvinna E, företag  $\gamma$ )

## **Är hälsoprofilbedömningen fullständig som metod eller bör den utvecklas?**

I alla fokusgruppintervjuer framkom det, hos de deltagare som yttrade sig, att de anser att det är bra att genomgå en hälsoprofilbedömning. Det är en bra nulägesanalys påstår många av deltagarna i fokusgruppintervjuerna. En deltagare säger att:

Vi besiktigar bilen och får ett kvitto på den och felen vid det tillfället och varför ska man inte göra likadant med hälsan? (Man G, företag  $\beta$ )

Några deltagare säger att hälsoprofilbedömningen kan utgöra en bra inkörsport i friskvårdsverksamhet på företag eftersom det framkommer om det är några individer som har brister i sin hälsa. Detta för att sedan eventuellt kunna genomföra insatser på arbetsplatsen inom just de områdena där det behövs. I de fall där arbetsplatsen påbörjat

med friskvårdsinsatserna i fråga, till exempel investerat i ett gym för personalen eller startat en fritidsförening, anser några att hälsoprofilbedömningen inte fyller någon stor funktion längre, utan att det är mellan första och andra, alternativt tredje gången som man får mest effekt utav de resultat som man får av hälsoprofilbedömningarna.

Många av deltagarna ansåg att hälsoprofilbedömning som metod innehåller vissa svaga punkter för att undersöka deras hälsa på ett bra sätt. Några ansåg att frågeformuläret inte borde fyllas i utifrån hur de mått och vilka vanor de haft den senaste månaden. Någon tyckte att formuläret borde vara uppdelat i två delar; en del för ”senaste månaden” och en del för ”senaste halvåret” för att inte tillfälliga vanor ska ge felaktiga utslag i undersökningen. En person kommenterade följande:

Det får ju en påverkan alltså om man nu feströker och snusar så där va i perioder, fast man senaste månaden inte har gjort det och så får man utmärkta resultat och det är ju inte riktigt återspeglad va. (Man K, företag γ)

Någon deltagare tyckte att det var en bra blandning mellan frågor om psykiskt och fysiskt hälsa. Medan andra hade önskat färre frågor om den fysiska hälsan och fler frågor om den psykosociala hälsan, till exempel fler frågor om stress på arbetet. Dock ställer sig flera deltagare kritiska till frågedelen om fritid i hälsoprofilbedömning. De tycker att det är oklart vad man mäter med dessa detaljfrågor om deras fritid och ser inte meningsfullheten av att inkludera dessa detaljfrågor. Några deltagare anar dock att frågorna är tänkta för att ta reda på om de upplever sig ha en meningsfull fritid. En av dessa personer frågar sig då varför man inte bara ställer *den* frågan och skippar att dela upp det så där. Följande kommentar yttrades bland annat:

Man fick ju någon slags stapel på om det var bra eller dåligt beroende på vart man hamnade och vem är det som säger att det är bättre att ha högt på natur och friluftsliv och sen bara tittar på TV och lyssnar på musik. Det är ju jättemånga som lyssnar på musik och mår väldigt bra av det. (Kvinna D, företag γ)

Förslag på delar som inte finns med men som några deltagare anser bör vara med är bruket av narkotika. Frågor om detta borde finnas med i frågeformuläret likväl som det frågas om tobak, alkohol och medicin. Ett annat område som det diskuterades kring var kostdelen i hälsoprofilbedömningen som det gavs mycket synpunkter på. Några deltagare pratade om att det vore bra att göra lite djupdyk kring kosten för att se hur det faktiskt ser ut på det området. Det är ett lämpligt område att fokusera djupare på för att kosten är en viktig del av hälsan poängterade de. Följande kommenterades:

Vad är bra kostvanor, /.../ vad är det som är mycket bra, vad betyder det när det är varken bra eller dåligt? Den som intervjuar har väldigt stor betydelse för huruvida om man kan räkna ut om det är bra eller inte bra. Jag kan ju själv skatta att jag har bra matvanor men det kan ju vara helt tokigt. Man väljer ju alternativ utifrån de kunskaper som man själv har. /.../ Så det beror nog och hänger mycket på vem som gör hälsoprofilbedömningen och kunna gradera. (Kvinna F, företag β)



Jag tror att skulle man få fylla i mer exakt vad man äter så blir det nog en ”aha” upplevelse där. Precis som att fylla i hur mycket alkohol man dricker i veckan. (Kvinna D, företag  $\gamma$ )

När det kommer till formuleringen av frågor och dess ordning anser flera att svarsalternativen kring delen om alkoholintag är svår att tolka, till exempel ”ofta” och ”sällan”. Flera deltagare säger att det i formuläret även borde frågas om mängden man dricker. En deltagare föreslår att alkoholavsnittet borde vara utformad som tobaksavsnittet. Vad gäller ordningen på frågorna så tycker majoriteten att den är logisk men att vissa delar borde byta plats som att exempelvis frågan om symptom borde komma före frågan om mediciner. Kritik framförs också angående återkopplingen efter genomförd hälsoprofilbedömning där de upplever att återkopplingen bör ligga närmare själva genomförandet. En deltagare säger:

Sen dröjde det väldigt lång tid också innan man fick de där pappret, borde ha varit snabbare återkoppling. (Man H, företag  $\alpha$ )

Några kommenterade frekvensen av hälsoprofilbedömningar och föreslog att lämpligt intervall är varje eller vartannat år. Detta bland annat för att kunna upptäcka brister i hälsan innan det har gått för lång tid och för att om man som individ är mitt i ”genomförandet av en livsstilsförändring” inte ska tappa suget och lägga ner.

### **Sammanfattning av resultatet:**

- Majoriteten av deltagarna anser att hälsoprofilbedömning är något positivt, men att upplevelsen av hälsoprofilbedömningen beror på upplägget och utförandet av metoden vilket till viss del kan speglas i hälsoprofilbedömaren.
- Hälsoprofilbedömning kan bidra till livsstilsförändring, emellertid så behöver den inte göra det. Det kan likväl vara företagets egna friskvårdssatsningar.
- Den del som påverkar mest i hälsoprofilbedömningen är den del där deltagarnas test- och mätvärden avviker från normen. Dessa delar är främst kost, motion och stress. Vilket också är de delar som livsstilsförändring främst gjorts inom.
- Hälsoprofilbedömning uppfattas som en bra inkörsport för företaget för att komma igång med friskvårdssatsningar.
- Formuläret har en bra balans av frågor, dock finns funderingar kring fritidsfrågorna, samt förslag på tillägg av frågor kring alkohol och kost samt införandet av frågor om narkotikabruk.
- Deltagarna önskar en tydlig och strukturerad genomförd hälsoprofilbedömning med snabb återkoppling.

# Diskussion

## Metoddiskussion

### Utformning och urval

Studien utformades som en mer kvalitativ studie än en kvantitativ i syfte att kunna få en djupare analys jämfört med om studien hade utformats som en kvantitativ sådan (Wibeck, 2000). Genom en kvalitativt utformad studie med fokusgruppintervjuer medförde det möjlighet till att ställa följdfrågor för att få djupare och mera uttömmande svar i vår studie (Wibeck, 2000). Det medförde även att svarsalternativen inte var begränsade på något sätt samt att deltagarna kunde stimulera varandra i diskussionen för att få uppslag i nya tankebanor vilket kan ha gett upphov till åsikter som annars kanske inte kommit till uttryck i en kvantitativ studie med exempelvis enkäter (Wibeck, 2000). Författarna upplever att syftet har besvarats och att därmed metodvalet lämpade sig bra för det som studien ämnade undersöka.

En fördel med att ha en så pass strukturerad intervju, som i detta fall, är just det att man som moderator kan gå in och styra frågorna till det man ämnar undersöka så att inte diskussionen svävar ut från ämnet (Wibeck, 2000). Hade en mindre strukturerad form använts så kunde diskussionerna ha blivit svåranalyserade eftersom det kunde ha blivit oorganiserat, samt att aspekter kring ett ämne aldrig hade kommit på tal om inte moderatören lyft fram dem (Wibeck, 2000).

I denna studie anser författarna att alla deltagare har fått komma till tals. Det är dock möjligt att någon eller några deltagare inte har fört fram sin innersta åsikt, om åsikten har gått emot gruppens generella åsikt, eftersom man som deltagare kanske inte vill stöta sig med sina arbetskamrater vilket även Trost (2007) beskriver kan vara ett problem i just fokusgruppintervjuer. Vilket innebär att om en stark personlighet medverkade i fokusgruppintervjun kan det ha färgat hela intervjun till att ha samma eller liknande åsikt (Trost, 2007).

Ett aktivt urval av deltagare gjordes inte av författarna, utan av den kontaktperson vi hade på respektive företag. Därmed kan grupperna bestått utav personer som ställer sig positiva till att öppet säga sina åsikter om hälsoprofilbedömning inför en grupp. Om man varit mindre villig att prata om det så kanske man tackat nej. Det finns även en risk att de som medverkade i studien var personer som är hälsointresserade och kanske mera positiva till att prata om hälsa än de som inte är intresserade av hälsoområdet. Detta innebär att de sedan tidigare kan ha en mer positiv än negativ uppfattning om hälsoprofilbedömning och därmed blir resultatet färgat därefter.

Det som talar för studiens urval är att det uppstått en automatisk spridning vad gäller genre och bransch inom de företag som ingår i studien vilket gett upphov till en någorlunda bredd på fördelningen då inget av företagen är det andra likt. Det som talar mot studiens urval av företag är det faktum att det inte skedde något aktivt urval av

författarna bland vilka företag som skulle delta i studien eller ej, utan det företag som ställde sig positiva till studien medverkade.

### **Frågeguiden**

Frågorna i frågeguiden (se Bilaga 4) löper i vissa fall in i varandra vilket kan ha genererat en mer uttömmande diskussion kring ämnet. Å andra sidan kan frågorna ha uppfattats som liknande vilket kan ha försvårat för deltagarna att besvara frågorna. Frågeguiden och även utförandet av fokusgruppintervjuerna kan överlag ha varit för strukturerad. Detta möjliggör en diskussion angående om graden av strukturering kan ha skapat en intervjuform som mer liknade en strukturerad gruppintervju än en fokusgruppintervju.

Vid analys har det framkommit att deltagarna gärna fortsätter att besvara föregående fråga trots att en ny ställts, vilket tyder på att frågorna liknar varandra. En annan aspekt är att vissa frågor kan ha varit för långa eftersom vissa delar av frågan inte besvaras utan ställs på nytt av moderatorn i de fall det inträffat. Detta berör fråga 2 och fråga 5.

En pilotstudie genomfördes med frågeguiden. Därefter ändrades frågeguiden. Dock anser författarna att några av frågorna i frågeguiden bör ha formulerats om ytterligare där ibland fråga 2 som blev väl styrd och som formulerades felaktigt. Frågan kunde förslagsvis istället ha formulerats på följande sätt: ”Har du gjort någon/några livsstilsförändring/-ar de senaste X åren och i så fall vad?” Den delen om livsstilsförändring skett på fritiden eller arbetet anser författarna borde ha uteslutits eftersom den inte ansågs tydlig nog. Hälsoprofilbedömning görs i stort sett bara genom arbetet men en livsstilsförändring speglar hela livet, inte bara på en plats.

Ordet livsstilsförändring som användes i frågeguiden kan ha uppfattats av deltagarna som något stort och livsavgörande vilket inte var syftet med ordet hos författarna. En annan utformning hade varit lämpligare för att tona ner begreppet anser författarna. Alternativet är att författarna hade definierat ordet livsstilsförändring innan varje fokusgruppintervju, vilket kan ha givit mer diskussion och svar på både fråga 2 och fråga 3.

### **Validitet och reliabilitet**

Hur är då validiteten i studien? Validitet innebär att mäta det som är för avsikt att mätas (Patel & Davidson, 2003). Validiteten i studien anses god då resultaten av svaren från fokusgruppintervjuerna har besvarat de frågeställningar som studien har haft. Frågeguiden har dessutom formulerats så att frågeställningarna skulle bli besvarade. Att ange att studien på något sätt är representativ för någon population är svårt. Den population som studien är representativ för är endast för de ingående grupperna (Trost, 2007).

Med reliabilitet menas att det som ska undersökas görs på ett tillförlitligt sätt och utgör alltså hur pålitlig undersökningen anses vara (Patel & Davidson, 2003). Vad gäller studiens reliabilitet innebär det att undersökningen skulle vara möjlig att göras om vid ett

senare tillfälle och att svaren och resultat skulle vara de samma som vid föregående studie. I vår studie skulle det innebära att vi skulle få samma resultat, det vill säga svar, om vi gjorde om studien, vilket vi tror är svårt att svara för. Resultatets reliabilitet kan ifrågasättas då författarna kan ha påverkat fokusgruppintervjuerna i sitt utförande om det inte alltid ställdes exakt samma följdfrågor. Varje fokusgruppsintervju utgick dock från samma frågeguide med samma frågor vilket ändå talar för att stärka reliabiliteten. Varje fokusgruppsintervju i sig är unik liksom dess deltagare och därmed utvecklas inte alla fokusgruppsintervjuer på samma sätt.

Reliabiliteten kan ses som bristfällig i den aspekten att de uppgifter och svar som framkommit under fokusgruppintervjuerna är ytterst subjektiva och bygger på personliga åsikter. Dessa svar kan ändra sig beroende på ett flertal orsaker, till exempel; tidpunkten, känslor, upplevelser, bemötande. Dessutom så bygger resultaten i vår undersökning på de värderingar deltagarna hade vid intervjutillfället och dessa värderingar kan ändras. LeCompte och Goetz (1982) bekräftar svårigheten med en hög reliabilitet vid kvalitativa undersökningar och menar att det är nästintill omöjligt eftersom att intervjusituationen med moderatören, assistenten samt de som blir intervjuad är unik och svår att efterlikna vid ett senare tillfälle.

Det finns även en möjlighet att författarna till studien analyserat och kategoriserat det insamlade materialet (inspelningarna av fokusgruppintervjuerna och dess transkriberingar) på ett annat sätt jämfört med någon annan, vilket kan ske då undersökningen behandlar subjektiv information som ska kategoriseras. För att öka reliabiliteten har fokusgruppintervjuerna spelats in vilket möjliggjort upprepade lyssningar av inspelningarna samt det faktum att de transkriberades ord för ord (Trost, 2007). För att undvika att materialet tolkats på olika sätt har båda författarna deltagit vid fokusgruppintervjuerna samt lyssnat till alla inspelade fokusgruppintervjuerna och läst igenom tillhörande transkriberingar för att kontrollera överrensstämelsen. Dock har analysen gjorts av en utav författarna vilket minskar reliabiliteten.

## **Resultatdiskussion**

Att livsstilen i Sverige har försämrats är något som har lyckats nå ut till företag och organisationer i samhället eftersom det har påverkat deras lönsamhet genom ökade kostnader i sjukfrånvaro och sjukskrivningar (Rydqvist & Winroth, 2008). Företag och lönsamhet är två saker som hänger ihop. Ett företag strävar alltid efter att vara så lönsamt som möjligt och därmed har allt fler och fler företag vänt blickarna mot att satsa på personalens hälsa. Företagen kan välja att genomföra en hälsokartläggning med hjälp av hälsoprofilbedömning eller någon annan hälsotestmetod, alternativt att företaget satsar direkt på friskvårdssatsningar utan att först göra en kartläggning. Att arbetsplatsen blivit en arena för hälsofrämjande arbete har således blivit en naturlig konsekvens vilket så även deltagarna i denna studie upplever.

## **Tankar och upplevelser kring hälsoprofilbedömning**

Deltagarnas totala upplevelse av hälsoprofilbedömning visar en tendens till att upplevelsen är positiv vilket kan härledas till att man som deltagare har en positiv inställning till hälsa och därmed upplever man inte profilbedömningen som något negativt, eftersom det är ett led i att öka eller förbättra sin hälsa som i sin tur se som något positivt. En annan faktor som påverkade upplevelsen av hälsoprofilbedömningen var hälsoprofilbedömaren varpå dennes utförande bidrog till en sämre upplevelse i de fall utförandet upplevdes som bristfälligt vilket visar på vikten av ett tryggt och strukturerat bemötande med individer.

## **Företagens påverkan till livsstilsförändringar**

Friskvårdsverksamheten hade förbättrats på alla de tre företagen i studien. Om det orsakats utav den hälsofrämjande trend som råder i samhället eller om det är på grund utav initiativ och efterfrågan hos personalen är svårare att avgöra. Men helt klart är att det salutogena tänket har implementerats mer och mer i företagen under de senaste åren. De livsstilsförändringar som deltagarna gjort går heller inte att härleda exakt ifrån företagets egna interna satsningar eller om det var på grund av hälsoprofilbedömningen eller något annat i privatlivet. Dock upplevde flera av deltagarna att hälsoprofilbedömningen var ett steg i rätt riktning. Det kan också ha varit så att deltagarna inte hade genomfört en livsstilsförändring om de inte gjort en hälsoprofilbedömning. Liksom tvärtom att företaget kanske hade fått samma resultat, det vill säga livsstilsförändring, om de hade genomfört någon annan ”medvetandegörande metod”.

## **Livsstilsförändring kopplat till transteoretical model of change**

Vad var då egentligen orsakerna till livsstilsförändring om det inte hade spelat någon roll om företaget genomfört en hälsoprofilbedömning eller något annat eller ingenting? En förklaring kan kopplas till den transteoretiska modellen där en individ genomför en förändring när denne har uppmärksammat att ens livsstil är ett problem och att man är redo att genomföra den (förberedelsestadiet) (Prochaska, m.fl., 1992). För att därefter genomföra förändringen (action). Om någon av deltagarna inte uppgav att de genomfört en förändring så kunde det helt enkelt vara så att de inte såg något problem med sin livsstil (förnekelsestadiet) eller att de inte var redo för förändring (begrundande stadiet). Alla fokusgrupper uppgav att företaget satsat på friskvård i samband med hälsoprofilbedömningen vilket kan ha påverkat medarbetarna och givit dem de metoder och strategier (process of change) som individen behövde för att underlätta förändring. Eftersom bättre resurser på företaget kan ha främjat och samtidigt minskat hinder för att genomföra en livsstilsförändring som att exempelvis börja träna om ett gym installerades i anslutning till arbetsplatsen jämfört med om det inte hade gjort det. Om det däremot hade ingått ett företag i studien där man genomför hälsoprofilbedömning men inte gjort någon större satsning på friskvård på arbetsplatsen kan en hypotes vara att ingen hade gjort någon livsstilsförändring eller att frekvensen varit mindre. Därmed anser vi att det är viktigt att veta vart i en process som individen är för att veta hur man ska bemöta

denne. Att ta reda på det kan vara desto svårare. Men ett förslag i att underlätta förändringen är att låta individerna själva komma med förslag och åtgärder på hur man kan förbättra friskvården på arbetet. Detta tror författarna kan generera ökat intresse och engagemang i att delta i friskvårdssatsningarna då man känner en delaktighet och påverkansmöjlighet i det hälsofrämjande arbetet.

### **Livsstilsförändring kopplat till theory of planned behavior**

Arbetsplatsen och dess miljö med den omgivande norm som finns kan också ha haft ett finger med i spelet av livsstilsförändring och beteendeförändring, vilket kan exemplifieras genom Ajzens teoretiska modell (2002). När man ser vad andra i omgivningen gör med sin hälsa, exempelvis använder sin friskvårdstimme, så kanske man som individ inte vill utföra ett annat beteende. Man tar till sig vad man tror andra tycker vilket går via det sociala trycket (subjective norm) och ändrar kanske därmed sin inställning och attityd till hälsa (attitude toward behavior) och börjar kanske röra på sig mer. Tror man även att en livsstilsförändring i ens liv kan bidra till något positivt, alltså att konsekvenserna av exempelvis träning kan göra att man mår bättre (behavioral beliefs) så bidrar det ytterligare att attityden till just det beteendet ökar. Det vill säga att motivationen till att utföra en livsstilsförändring ökar. Upplever man även att det inte finns några hinder (control beliefs), exempelvis att träna på arbetstid, så underlättar det också intentionen, vilket då ökar tron på att man kan utföra träning, som påverkar individens upplevda kontroll (perceived behavioural control) och även den faktiska kontrollen (actual behavioural control).

Att ungefär hälften av deltagarna hade genomfört en livsstilsförändring går att härröra till att alla arbetsplatser hade satsat på friskvård under de senaste åren och därmed kanske minskat de hinder som deltagarna såg med att träna på arbetet samt att flera av medarbetarna använde sin friskvårdstid. Medarbetarna sporrade helt enkelt varandra. Därmed kan man visa på vikten av att implementera friskvård på arbetsplatsen eftersom den platsen utgör en sorts omgivande miljö med socialt tryck som har stor påverkansmöjlighet hos individen.

### **Hälsoprofilbedömarens påverkan till livsstilsförändring**

När det kommer till hälsoprofilbedömaren så kan denne utgöra en sorts socialt tryck eller subjektiv norm, där denne indirekt speglar vad som är en bra hälsa genom att bedöma de mätvärden och resultatet individen får fram. Vilket då kan påverka deltagaren till att rätta sig efter det sociala trycket som hälsoprofilbedömaren ”sänder ut” om än indirekt genom samtalet. Där individen kan omvärdera de föreställningar denne har vad gäller den omgivande normen, attityden och även tron på sig själv. Vilket kan ha skett både genom motivering av både hälsoprofilbedömaren och även kanske arbetskamrater eller familj.

Tendenser i de livsstilsförändringar som deltagarna gjort är att påverkningsfaktorn kan ha varit antingen hälsoprofilbedömningen, satsningar som företaget gjort eller andra utomstående faktorer som är ospecificerade, förslagsvis den omgivande miljön och

socialt tryck. Alla dessa orsaker är dock applicerbara och kan förklaras utifrån de teoretiska modellerna för livsstilsförändring. I slutänden så spelar det kanske mindre roll vilken som var påverkningsfaktorn om man i slutänden ändå får det önskade resultatet, det vill säga medvetandegöra deltagaren för att påverka till livsstilsförändring.

### **Den del av hälsoprofilbedömningen som påverkade mest**

Vid vidare analys av materialet kan man se att de delar inom hälsoprofilbedömningen som påverkade deltagarna mest var också inom de områden som man främst hade gjort en livsstilsförändring. Den del som påverkade mest kunde både vara av negativ eller positiv art. I de fall där deltagaren uppfattade någon del av sitt testresultat som bristfälligt så bidrog det till att medvetenhet kring just detta ökade liksom benägenheten att förändra dessa värden eller resultat. Detta förutsätter att deltagaren upplevde det som ett problem, vilket leder oss tillbaka till den transteoretiska modellen för förändring. Om man inte upplever något som ett problem så är det givet att det är svårt att motivera sig eller överhuvudtaget förstå varför man ska förändra sin livsstil.

En del av hälsoprofilbedömning som tycks ha påverkat en del av deltagarna är den delen med blodprovtagning, vilket är en del som ursprungligen inte ingår i hälsoprofilbedömning men som ofta ingår som en del i det hos exempelvis företagshälsovården. Huruvida den delen ska inkluderas som en del av hälsoprofilbedömning eller inte kan diskuteras. Men av resultatet att döma så tycks det finnas en påverkningsfaktor i att göra blodprovtagning.

### **Vikten av uppföljning**

En stor motivator hos deltagarna som genomfört hälsoprofilbedömning var vetskapen om att man skulle genomföra den igen vilket ökade motivationen till att eventuellt förändra sitt beteende om det fanns behov av det. Det var främst mellan den första och andra hälsoprofilen som deltagaren blev påverkad. Detta visar på vikten av uppföljning hos hälsoprofilbedömning som metod. Det vill säga att *en* hälsoprofilbedömning är som ingen hälsoprofilbedömning, utan en stor styrka hos metoden är just att man genomför den minst två gånger för att få återkoppling och chans till förändring. Vilket även Andersson och Malmgren (1989) påpekar är viktigt eftersom syftet med hälsoprofilbedömning är just det att det ska starta en process hos individen så att den själv kan överväga sin livsstil. Detta kanske inte kan uppnås med *en* profilbedömning, utan att processen till förändring kan ta lång tid och därmed kanske en ytterligare hälsoprofilbedömning behövs för att individen ska komma längre fram i processen mot en beteende- och livsstilsförändring.

### **Utvecklandet av metoden**

Hälsoprofilbedömaren har också en viktig roll i upplevelsen utav hälsoprofilbedömning vad gäller dess utförande. För att bli hälsoprofilbedömare genomgår man grundkursen på

först tre dagar och därefter ytterligare två (HPI, 2008). Grundkursen berättigar till att genomföra egna hälsoprofilbedömningar. En fråga är om detta är fullt tillräckligt för att säkerställa kvalitén och utförandet, då några deltagare uppger brister. Förslagsvis kanske en längre grundutbildning skulle genomföras och även någon form av validitetstest eller något slags intagningskrav till utbildningen, som exempelvis x antal akademisk poäng inom just hälsa, beteende- och kommunikationsvetenskap.

Förslag på förändringar av frågeformuläret kan vara tillägg av vissa frågor, men författarna tror ändå att det kanske inte är den första åtgärden som bör göras inom metoden. Vi tror att samtalet i sig har större påverkansmöjlighet än själva frågeformuläret och att det snarare är viktigare att utbilda hälsoprofilbedömare grundligt inom kommunikation och samtalsmetodik.

## Slutsatser

Sammanfattningsvis har denna studie visat att hälsoprofilbedömningen som metod uppfattas och ses som en positiv metod för att bedöma hälsan. Hälsoprofilbedömning kan påverka till livsstilsförändring och fyller sitt syfte bra, det vill säga att öka medvetenheten. Den första hälsoprofilbedömningen är den som anses som viktigast eftersom det enligt denna studie är den i ordningen som bidrar mest till livsstilsförändring. Störst effekt har profilen om man gör den vid åtminstone två tillfällen, eftersom det tycks sporra individen till att förbättra värdena till nästa profilbedömning. Men likväl som metoden kan bidra till livsstilsförändring så behöver den inte göra det. Motiven till livsstilsförändring kan likväl bero på företagets egna friskvårdsåtgärder, likväl som andra yttre faktorer.

Den del utav hälsoprofilbedömningen som tycks påverka mest är den del där ens testvärden eller mätvärden avviker från normen till det sämre, alternativt att man får mycket bra värden. Även hälsoprofilbedömaren som individ har mycket stor påverkan på hur hälsoprofilbedömning upplevs av den enskilde deltagaren, samt de omgivande normerna, med exempelvis arbetskamrater. Om utförandet är strukturerat och tydligt så är upplevelsen bättre, än om utförandet är virrigt och ostrukturerat. Dock baseras resultatet endast på dessa tre fokusgrupper och således kan inte slutsatserna generaliseras för någon population.

Oavsett om det är hälsoprofilbedömningen eller andra friskvårdsåtgärder som företaget gjort som lett till livsstilsförändringar hos deltagarna är både transtheoretical model of change och theory of planned behavior centrala för att förstå hur och varför förändringen sker och kan kanske utgöra ett verktyg i arbetet för att påverka en individ till förändring. En frisk personal ger ökad lönsamhet för företagen vilket är väldigt viktigt i dagens marknadsekonomi eftersom det förhoppningsvis leder fram till en mer effektiv personal samtidigt som företaget kan ses som en mer attraktiv arbetsgivare.



## Referenser

Abrahamsson L., Andersson A., Becker W. & Nilsson G. (2006). Näringslära för högskolan. Stockholm: Liber.

Ajzen, I. (2002) Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.

Ajzen (2008). *Icek Ajzen TPB diagram*. Hämtad 2008-05-04 från <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>

Andersson, G. (1997). Motion och hälsa. *Socialmedicinsk tidsskrift*, nr. 2-3, sida 105-106.

Andersson, G. (2005). *Konditionstest på cykel*. Malmö: Elanders Berlings AB.

Andersson, G. & Malmgren, S. (1989). *Två studier som belyser HPB som instrument för screening och beteendepåverkan*. Linköping: Samhall Klintland Grafiska.

Andersson, G., Malmgren, S. & Johrén A. (2004). *Effektiv friskvård – Lönsammare företag*. Stockholm: Prevent.

Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser – Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (2000). *Hälsans mysterium*. Finland: WSOY.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2005). *Metodpraktikan*. Stockholm: Elanders Gotab.

Faskunger, J. & Hemmingsson, E. (2005). *Vardagsmotion – Vägen till hållbar hälsa – Fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring*. Stockholm: Forum.

Folkhälsoinstitutet (2001). *Hälsofrämjande som affärsstrategi – fakta och argument*. Hämtad 2008-03-16 från [http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/%C3%B6vrigtmtl/litt\\_affarsstrategi.pdf](http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/%C3%B6vrigtmtl/litt_affarsstrategi.pdf)

Folkhälsoinstitutet (2005) *Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen* Hämtad 2008-05-04 från <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/handlingsplanmatfys0502.pdf>

Folkhälsoinstitutet (2008). *FYSS 2008*. Hämtad 2008-04-30 från [http://www.fhi.se/upload/ar2008/rapporter\\_2008/R200804\\_FYSS08.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2008/rapporter_2008/R200804_FYSS08.pdf)

Harden, A., Peersman, G., Oliver, S., Mauthner, M & Oakley, A. (1999). A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occupational medicine, Oxford England*, 49, 540-548.

HPI (2008). HPI Nordic. *HPB i siffror*. Hämtad 2008-05-02 från [http://www.hpinordic.se/extra/pod/?id=53&module\\_instance=2&action=pod\\_show&navid=53](http://www.hpinordic.se/extra/pod/?id=53&module_instance=2&action=pod_show&navid=53)

Korpen (2008). Svenska Motionsidrottsförbundet. *Hälsoprofilbedömning och Hälsonyckeln*. Hämtad 2008-05-07 från <http://www.korpen.se/files/{55EF7AD9-0906-4A52-B58C-83F5CC0C83BE}.pdf>

LeCompte, M.D. & Goetz, J.P.(1982) Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Education Research*, nr 53,31-60.

Ljusenius, T. & Rydqvist L-G. (2004). *Friskt ledarskap - lönar sig*. Stockholm: Prevent.

Malmgren, S. (1997). En hälsoupplysningskampanj och HPB som medvetandegörande kommunikation. *Socialmedicinsk tidsskrift*, nr 2-3, 92-94.

Menckel, E. & Thomsson, H. (1997). *Vad är hälsofrämjande på arbetsplatser? -ett svenskt perspektiv*. Ljungby: Prevent, JOMA torroffset.

Menckel, E. & Österblom, (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen – om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Nationalencyklopedin (2008a). Hämtad 2008-05-07 från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=O386409&i\\_word=van a](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O386409&i_word=van a)

Nationalencyklopedin (2008b). Hämtad 2008-05-07 från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=243354&i\\_word=livsstil](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=243354&i_word=livsstil)

Nationalencyklopedin (2008c). Hämtad 2008-05-13 från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=280789&i\\_word=patogenes](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=280789&i_word=patogenes)

Nationalencyklopedin (2008d). Hämtad 2008-05-15 från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=175478&i\\_word=friskv%e5rd](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=175478&i_word=friskv%e5rd)

Nationalencyklopedin (2008e). Hämtad 2008-05-13 från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=159973&i\\_word=EKG](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=159973&i_word=EKG)

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2002). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Previa (2006). *Friskprofiler och undersökningar*. Hämtad 2008-05-07 från [http://www.previa.se/previa/templates/service\\_546.aspx](http://www.previa.se/previa/templates/service_546.aspx)

Prochaska, J.O., DiClemente C.C. & Norcross, J.C. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47, 1102-1114.

Rydqvist, L-G. & Winroth, J. (2008). *Hälsa och hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Logotipas, Litauen: SISU Idrottsböcker.

Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*. Hämtad 2008-04-30 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABC727A9/6169/20051114.pdf>

Trost, J. (2007). *Kvalitativa intervjuer*. Poland: Pozkal, Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2008) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2008-05-06 från <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

WHO (1946). *What is the WHO definition of health?* Hämtad 2008-04-18 från <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 Hämtad 2008-05-07 från [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wise Group (2008) *Vad är HR?* Hämtad 2008-05-02 från <http://www.wise.se/sv/WiseGroup/Om-Wise-Group/Affarside-vision-och-mission/>

Ågren, G. (2003) *Den nya folkhälsopolitiken – nationella mål för folkhälsan*. NR 57. Sandvikens Tryckeri, Sandviken. Hämtad 2008-04-30 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/dennyafhpolitiken0401.pdf>

Informationsbrev till företag *α*.

Hej!

Vi talades vid på telefon igår och du bad oss att maila över lite mer information.

Vi är två studenter som läser sista terminen på Kost- och friskvårdsprogrammet vid Göteborgs Universitet och ska om några veckor skriva c-uppsats. Vi söker företag som har gjort insatser med hjälp av hälsoprofilbedömningar för att öka hälsan bland sina anställda.

Vi ska göra en undersökning om attityden till hälsoprofilbedömning (hälsoundersökning som innefattar bl.a. konditionstest på cykel, blodtrycksmätning och intervju om allmänhälsan) bland personer som genomfört det.

Ni nämnde att ni på XXX har genomfört hälsoprofilbedömning (HPB) på era anställda.

Vi undrar ifall ni skulle kunna hjälpa oss med att se om det finns 5 personer på er arbetsplats som är intresserade av att delta i en fokusgruppintervju på 30-40 min vid ett tillfälle, angående deras inställning till HPB. *Det enda vi är intresserade av att få reda på är vad personerna som genomfört HBP tycker om den som metod (bra eller mindre bra/dålig).*

*Vi är alltså inte intresserade av att undersöka testvärden, hälsostatus eller vilka levnadsvanor personalen har.*

Det enda vi behöver hjälp med av dig är i så fall att kolla upp om det finns några intresserade personer som vill delta i vår fokusgruppintervju. Vi skriver breven angående intresseanmälan för att delta i studien och skickar dem till dig som du sedan skickar vidare till de anställda på företagen. Alla anställda kommer givetvis vara anonyma (inga namn behöver uppges) och allt material kommer att behandlas konfidentiellt.

Vi bjuder givetvis på gott & nyttigt fika vid intervjutillfället och vi kommer så klart även till ert företag och intervjuar er på tider som passar er personal i fråga!!

Vi är flexibla och kan komma en vardag som passar er under veckorna 10-12 eller 14-16. Vi kan nästan vilken vardag som helst under denna tid.

Vi är ytterst tacksamma om ni har möjlighet att medverka i vår undersökning!

Vi är Mycket tacksamma för svar!

Du får gärna ringa upp oss så kan vi förklara lite närmare och svara på eventuella frågor.

Med Vänliga Hälsningar

Linda Axelsson, xxx-xxxxxxx

Charlotte Tolentino Jonsson, xxx-xxxxxxx

## Informationsbrev till företag $\beta$ och $\gamma$ .

Hej!

Vi talades vid på telefon idag och vi mailar här över lite mer information som vi pratade om. Vi uppskattar verkligen att ni ställer er positiva till att ta del av informationen om vår C-uppsats.

Vi är två studenter som läser sista terminen på Kost- och friskvårdsprogrammet vid Göteborgs Universitet och ska om några veckor skriva c-uppsats.

Vi söker företag som har gjort insatser med hjälp av hälsoprofilbedömningar (HPB) för att öka hälsan bland sina anställda. Vi ska göra en undersökning om inställningen till HPB (hälsoundersökning som innefattar bl.a. konditionstest på cykel, blodtrycksmätning och intervju om allmänhälsan) bland personer som genomfört det.

Vi undrar ifall ni skulle kunna hjälpa oss med att se om det finns 5-10 personer på er arbetsplats som är intresserade av att delta i en fokusgruppintervju på 30-40 min vid ett tillfälle, angående deras inställning till HPB. Det enda vi är intresserade av är att få reda på vad personerna som genomfört HBP tycker om den som metod (bra eller mindre bra/dålig). Vi är alltså INTE intresserade av att undersöka testvärden, hälsostatus eller vilka levnadsvanor personalen har.

Det enda vi behöver hjälp med av dig är i så fall att kolla upp om det finns några intresserade personer som vill delta i vår fokusgruppintervju. Alla deltagare i studien och även företaget kommer givetvis vara anonyma (inga namn behöver uppges) och allt material kommer att behandlas konfidentiellt.

Vi bjuder givetvis på gott & nyttigt fika vid intervjutillfället och vi kommer så klart även till ert företag och intervjuar er på tider som passar er personal i fråga!!

Vi är flexibla och kan komma en vardag som passar er under veckorna 14-16, med undantag av 4/4, 7/4, 14/4. I övrigt kan vi vilken vardag som helst under denna tid. Om det inte fungerar någon av v. 14-16 så kom gärna med förslag så ska vi se om vi kan lösa det.

För mer information om vårt upplägg av c-uppsatsen se nedan.

Vi hoppas att ni tycker att vårt förslag tilltalar er samt att ni har möjlighet att medverka i vår undersökning!

### **Närmare beskrivning av vår C-uppsats:**

Syftet

Syftet är att med hjälp av intervjuer undersöka om och i så fall på vilket sätt, som metoden HPB kan vara ett hjälpmedel vid livsstilsförändring.

Syftet är också att undersöka inställning/uppfattningar/attityder till HPB som metod bland anställda som genomfört den.

Frågeställningar

Frågeställningar som vi bl.a. har tänkt att ha:

- På vilket sätt kan HPB inverka till livsstilsförändring hos individen?
- Vilken inställning ha de anställda som deltar i undersökningen till HPB?

Metod

Fokusgrupper om cirka 5 personer per grupp. Antal grupper 3. Varje grupp ska vara från olika arbetsplatser.

Du får gärna ringa upp oss så kan vi förklara lite närmare och svara på eventuella frågor.

Tack på förhand!

Med Vänliga Hälsningar

Linda Axelsson, xxx-xxxxxxx och Charlotte Tolentino Jonsson, xxx-xxxxxxx

## Brev till deltagarna i fokusgruppintervjuerna

Hej

Du har visat intresse för att delta i vår studie som handlar om Hälsoprofilsbedömning (HPB). Syftet med vår studie är att vi vill ta reda på olika individers inställning till HPB bland dem som genomgått den. För att kunna uppnå detta så behöver vi din hjälp med deltagande i en fokusgruppintervju.

Vi vill alltså ta reda på vad människor tycker och tänker om HPB som metod för att undersöka individers hälsa. Detta för att få fram om metoden är en bra eller mindre bra mätmetod och om den är i behov av justering och i sådant fall på vilket sätt.

HPBens syftet är att man genom samtal ska öka medvetenheten om deltagarens livs- och arbetssituation och även hälsovanor. Detta för att påverka och motivera deltagaren att genom egna och självständiga beslut komma fram till att se över sin egen livsstil för att på så sätt kunna påbörja förändring av den.

En HPB startar med att man låter individen fylla i ett frågeformulär som sedan ligger till grund för själva intervjun. Frågeformuläret innehåller frågor som berör individens olika hälsovanor som fritidsaktiviteter, motion, färd sätt till arbetet, kost, tobak, alkohol och medicin. Den berör också hälsoupplevelser som stress, symptom, ensamhet och upplevd hälsa. Efter det mäter man längd, vikt, blodtryck, skelettvikt och även den fettfria kroppsvikten. Man genomför ibland även ett test på en träningscykel där man under tiden får ange den upplevda ansträngningen med hjälp av borghskalan som samtidigt mäts med en pulsklocka. Vi bifogar det formulär som används vid HPB. Observera att du inte ska fylla i formuläret, utan det är endast tänkt som en hjälp för att påminna dig om vilka frågor som behandlades.

Fokusgrupper är en gruppintervju som består utav en mindre grupp människor som tillsammans diskuterar kring ett givet ämne under en begränsad tid. Det som sägs under intervjun ligger till grund för analys i vår studie. Tanken med en fokusgruppintervju är att gruppen tillsammans ska diskutera ämnet där intervjuledaren, dvs. vi, endast styr upp intervjun med hjälp av frågor som gruppen sen samtalar om ett tag tills intervjuledaren presenterar nästa fråga. Själva intervjun kommer att ta cirka 40 min och spelas in på band, detta för att vi på ett så korrekt sätt som möjligt kunna återge det som sagts. Det inspelade bandet kommer efter genomförd analys att demoleras.

Vi vill poängtera att din medverkan är helt anonym och att all information som kommer fram om dig som individ kommer att behandlas konfidentiellt. Det är frivilligt att delta i studien och du har när som helst rätt att lämna studien.

Vi värdesätter ditt deltagande och vi uppskattar verkligen att du engagerar dig i vår studie och avsätter tid för detta. Ditt bidrag är en stor hjälp för vår utveckling i lärandeprocessen som forskare.

Varmt välkommen till fokusgruppintervju xxxx den xx xxxx kl xx.xx.

Har du några frågor, tveka inte att höra av dig till någon av oss!

Med vänlig hälsning,  
Linda Axelsson & Charlotte Tolentino Jonsson  
Göteborgs Universitet

Linda Axelsson  
xxxx@xxxx  
xxx-xxxxxx

Charlotte Tolentino Jonsson  
xxxx@xxxx  
xxx-xxxxxx

## Frågeformulär till hälsoprofilbedömning

**FRÅGEFORMULÄR TILL HÄLSOPROFILBEDÖMNING**

Varumärkesskyddat

Namn \_\_\_\_\_ Avd/Adress \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Besvara följande frågor som ligger till grund för din Hälsoprofil. Alla frågor gäller den **SENASTE MÅNADEN**. Markera med kryes.

<b>HÄLSOPROFIL</b>	<b>FÄRDSÄTT TILL OCH FRÅN ARBETSPLATSEN</b> Sammanlagd tid	Bil, buss eller tåg	Promenad eller cykel < 10 min	Promenad eller cykel 10-19 min	Promenad eller cykel 20-29 min	Promenad eller cykel ≥ 30 min	
		1	2	3	4	5	
	<b>FRITID</b>	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Mycket ofta	
	Täta sällskap och vänner	1	2	3	4	5	
	Skötsel, underhåll, renovering av hus/hem	1	2	3	4	5	
	Studier, utbildning	1	2	3	4	5	
	Evenemang, teater, utställningar, konserter, bio, idrott, café, pub, dans	1	2	3	4	5	
	Aktivt föreningsliv	1	2	3	4	5	
	TV, video, data, litteratur, musik	1	2	3	4	5	
	Natur och friluftsliv	1	2	3	4	5	
	Hobbies / Övrigt	1	2	3	4	5	
	<b>MOTION</b> Aveätter tid för motion med syfte att bibehålla/förbättra kondition - hälsa - välbefinnande	Jag motionerar Aldrig	Då och då	1-2 ggr/vecka	3-5 ggr/vecka	Mer än 5 ggr/vecka	
		1	2	3	4	5	
	<b>KOST</b>	Jag bedömer all mina kostvanor är					
	Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga	Bra	Mycket bra		
	1	2	3	4	5		
<b>TOBAK</b> Pipa eller annan tobak omräknas i cigaretter	Jag röker 20 cig/dag eller mer	11-20 cig/dag	1-10 cig/dag	Vid antäcka strösocker/leströcker	Röker ej		
	1	2	3	4	5		
	Jag snuser Mindre än 1 dos/dag	4-6 dosar/vecka	2-3 dosar/vecka	Högst 1 dos/dag	Snusar ej		
	1	2	3	4	5		
<b>ALKOHOL</b> Öl (ej läsk), vin, sprit	Jag dricker alkohol						
	Mycket ofta eller periodiskt i stora mängder	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig		
	1	2	3	4	5		
<b>MEDICIN</b>	Jag använder någon eller några av dessa mediciner						
Lugnande <input type="checkbox"/>	Uppiggande <input type="checkbox"/>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig	
Sömnmedel <input type="checkbox"/>	Värktabletter <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
<b>SYMPTOM</b>	Rygg/ackbevär <input type="checkbox"/>	Jag har något eller några av dessa symptom					
Magbesvär <input type="checkbox"/>	Huvudvärk <input type="checkbox"/>	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig	
Trötthet <input type="checkbox"/>	Sömnsvårigheter <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	
<b>UPPLEVD STRESS</b>	Jag känner mig stressad						
	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig		
Avser hela livssituationen	1	2	3	4	5		
Enbart på arbetet	1	2	3	4	5		
<b>UPPLEVD ENSAMHET</b>	Jag känner mig ensam						
	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig		
Avser hela livssituationen	1	2	3	4	5		
Enbart på arbetet	1	2	3	4	5		
<b>UPPLEVD HÄLSA</b> Kropp och själ	Jag upplever att min hälsa är						
	Mycket dålig	Dålig	Varken bra eller dålig	Bra	Mycket bra		
	1	2	3	4	5		

Göteborgs Tryckeri i Livsvärd AB, var 2018/02/21

## Frågeguide till Fokusgruppintervjuer ang. HPB

1. Hur många HPB har du genomfört och när var din senaste och ingick det cykelergometertest i din HPB?
2. Har ni efter din senaste genomförda HPB gjort någon/några livsstilsförändringar och i så fall vad? Har förändringen skett i samband med jobbet, fritiden eller både och?
3. Anser ni att det är HPB som har bidragit till livsstilsförändringen eller är det något annat?
4. Hur upplevde ni själva hälsoprofilsbedömningen? Beskriv känslan!
5. Vilken del av HPB påverkade er mest? Var det hela eller delar av samtalsdelen och/eller cykeltestet?
6. Är det något som saknas eller behövs läggas till i HPB? Hur kan man utveckla metoden?
7. Vad tycker ni om HPB som testmetod för att undersöka din hälsa? Är den relevant?
8. Är det något ni vill tillägga till diskussionen?



Åldersgrupps papper

### Åldersgrupp

Dra ett streck på raden på den åldersgrupp du tillhör

- 19 : \_\_\_\_\_

20-24: \_\_\_\_\_

25-29: \_\_\_\_\_

30-34: \_\_\_\_\_

35-39: \_\_\_\_\_

40-44: \_\_\_\_\_

45-49: \_\_\_\_\_

50-54: \_\_\_\_\_

55-59: \_\_\_\_\_

60-64: \_\_\_\_\_

65-69: \_\_\_\_\_

70-74: \_\_\_\_\_

75- : \_\_\_\_\_