



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM

Upplevelsen av metoden Hälsoprofilbedömning

En studie utförd på tre fokusgrupper

Linda Axelsson

Kandidatuppsats 15 hp

Kost- och friskvårdsprogrammet, 180hp

Handledare: Lena Jonsson

Examinator: Monica Petersson

Datum: 2008 - 09



GÖTEBORGS UNIVERSITET

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

Titel: Upplevelsen av metoden Hälsoprofilbedömning – En studie utförd på tre fokusgrupper.

Författare: Linda Axelsson

Typ av arbete: Kandidatuppsats 15 hp

Handledare: Lena Jonsson

Examinator: Monica Petersson

Program: Kost- och friskvårdsprogrammet, 180 hp

Antal sidor: 40

Datum: September 08

Sammanfattning

Bland den vuxna befolkningen i Sverige har folkhälsan försämrats avsevärt de senaste decennierna vilket har bidragit till att det hälsofrämjande arbetet fått allt större betydelse i dagens samhälle. Ett led i detta arbete är att undersöka hälsan för att se om man som individ är i behov av att förändra sin livsstil för att inte drabbas av ohälsa. En metod för att undersöka hälsan är genom Hälsoprofilbedömning.

Syftet med denna rapport är att undersöka upplevelsen av och inställningen till metoden Hälsoprofilbedömning bland personer som genomgått den samt undersöka om metoden kan påverka individen till eventuella livsstilsförändringar.

Resultatet i studien grundar sig på en kvalitativ undersökningsmetod där tre fokusgruppintervjuer utförts på tre olika företag i Västsverige. Resultatet visar på att metoden Hälsoprofilbedömning upplevs som positiv bland de flesta deltagarna och att upplevelsen dels grundas på metoden i sig, och dels på upplägget och utförandet av den vilket delvis kan bero på hälsoprofilbedömarens sätt att *möta* deltagaren. Vidare visar resultatet att metoden tycks kunna påverka till livsstilsförändring. Men även andra faktorer såsom företagens egna friskvårdssatsningar kan påverka till livsstilsförändringar. Områden i Hälsoprofilbedömning som deltagarna hade funderingar kring och synpunkter på rör kost, alkohol och narkotika.

Nyckelord: livsstilsförändring, hälsotest, levnadsvanor, hälsofrämjande arbete.

Förord

Stor del av denna uppsats, det vill säga studien som ligger till grund för uppsatsen, samt det mesta i de flesta kapitel i uppsatsen; har författarna Charlotte Tolentino Jonsson och Linda Axelsson utfört och skrivit gemensamt under vårterminen 2008. Tyvärr hade författarna inte möjlighet att slutföra uppsatsen tillsammans vilket resulterade i att två olika diskussioner har skrivits. Därmed har två olika uppsatser låtit göras. Endast några språkliga skillnader i uppsatserna gemensamt skrivna kapitel förekommer.

Skribenterna vill rikta ett stort Tack till de tre företag som valt att delta i denna studie. Ett extra tack vill vi rikta till kontaktpersonerna på respektive företag som har visat fint engagemang i vår studie samt i att finna anställda på respektive företag som ville delta i fokusgruppintervjuerna. Tack även alla deltagare som valt att dela med sig av sina erfarenheter av Hälsoprofilbedömning.

Vi vill också tacka vår handledare Lena Jonsson för fin vägledning samt stöd och engagemang under arbetets gång.

Vi anser oss ha fått god kunskap och erfarenhet av hur fokusgruppintervjuer kan gå till efter att ha genomfört denna undersökning. Vi har också fått inblick i hur individer resonerar och tänker kring hälsotestmetoden Hälsoprofilbedömning. All kunskap vi erhållit efter denna undersökning och dessa uppsatser är av stort värde för oss i vårt kommande arbete inom hälsa.

Vi hoppas att individer som studerar på olika hälsoprogram, arbetar inom hälsosektorn samt individer som bara är allmänt intresserade av hälsofrågor ska kunna dra nytta av hur vi gjort och vad vi kommit fram till utifrån denna studie.

Charlotte Tolentino Jonsson

Linda Axelsson

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	2
2.1 Hälsoläget nationellt.....	2
2.2 Hälsa, levnadsvanor och livsstil.....	3
2.3 Hälsöfrämjande arbete.....	4
2.4 Friskvård.....	5
2.5 Arbetsplatsen som arena för hälsöfrämjande arbete.....	5
2.6 Modell för förändring av levnadsvanor.....	7
2.7 Olika hälsotester.....	9
2.8 Hälsoprofilbedömning.....	10
2.9 Tidigare studier om Hälsoprofilbedömning.....	14
3. Syfte	15
3.1 Frågeställningar.....	15
4. Metod	16
4.1 Val av undersökningsmetod.....	16
4.2 Tillvägagångssätt.....	16
4.3 Etiska ställningstaganden.....	20
4.4 Bearbetning och analys.....	21
4.5 Generaliserbarhet.....	22
5. Resultat	23
5.1 Bortfall.....	23
5.2 Beskrivning av deltagarna.....	23
5.3 Beskrivning av företagen.....	23
5.4 Hur upplever deltagarna i undersökningen metoden Hälsoprofilbedömning?.....	24
5.5 Går det att avläsa positiv livsstilsförändring bland deltagarna som beror på metoden Hälsoprofilbedömning?.....	25
5.6 Fanns det någon del/några delar i Hälsoprofilbedömningen som var särskilt viktig/viktiga för livsstilsförändringarna?.....	27
5.7 Upplever deltagarna att metoden Hälsoprofilbedömning är behäftad med vissa brister?.....	28
5.8 Sammanfattning av resultatet.....	30
6. Diskussion	31
6.1 Metoddiskussion.....	31
6.2 Resultatdiskussion.....	33
7. Referenser	37
Bilagor	
Bilaga 1a.....	I
Bilaga 1b.....	II
Bilaga 2.....	III
Bilaga 3.....	IV
Bilaga 4.....	V
Bilaga 5.....	IV

1. 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 påverka en individ till att välja att leva hälsosamt?

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 hälsan samt undersöka den är att genomgå ett hälsotest eller hälsoundersökning.

En metod bland dessa hälsotester är Hälsoprofilbedömning* vilken jag har valt att studera lite närmare. Motivet till att jag vill undersöka denna metod är att jag planerar att arbeta inom företagshälsovården i mitt kommande yrkesliv och många av dessa använder sig av någon hälsotestmetod. Jag har i denna uppsats valt att studera en av dessa närmare. Jag har valt att undersöka inställningen till denna metod bland en grupp individer som genomgått den och om den kan påverka till livsstilsförändring. Vidare hoppas jag att denna uppsats ska ge mig förståelse för tänkbara för- och nackdelar med metoden för att jag sedan ska kunna ta ställning till om jag vill arbeta med just denna hälsotestmetod framöver.

Jag hoppas att studien kan bidra till ökad insikt om metoden Hälsoprofilbedömning för dem som studerar hälsoprogram, som är verksamma inom hälsoområdet, eller för de som bara intresserar sig för ämnet.

* Jag väljer i denna uppsats att skriva Hälsoprofilbedömning med stort H för att det klart ska framgå att det är denna enda metod som jag hela tiden syftar på.

2. Bakgrund

I detta bakgrundskapitel kommer författaren att beskriva hälsoläget i Sverige och förklara begreppen hälsa, livsstil, levnadsvanor samt hur man kan se på hälsa. 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.

2.1 Hälsoläget nationellt

Under 1900-talet har medellivslängden ökat med cirka 25 år i Sverige (Socialstyrelsen, 2005). Folkhälsoinstitutet (2005) anser att den främsta faktorn till hälsoutvecklingen är den tekniska utvecklingen och till följd av att det har skett en ekonomisk tillväxt i landet (Socialstyrelsen, 2005). Bidragande orsaker är förbättrade behandlingsmetoder inom sjukvården, nya läkemedel, bättre operationsmetoder och nya metoder för att ställa diagnoser (Ågren, 2003). Men frågan är om vi lever längre med *god* hälsa. Med andra ord, huruvida är den förlängda medellivslängden förenad med friska eller sjuka år (Socialstyrelsen, 2005).

Samtidigt som man idag kan bota fler sjukdomstillstånd uppstår det hela tiden nya sjukdomar. 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 dessutom den grupp av sjukdomar som orsakar flest dödsfall i förtid (Abrahamsson m.fl., 2006; Socialstyrelsen, 2005). Hjärt- och kärlsjukdomar är en grupp sjukdomar som är starkt relaterade till livsstil. Genom att förbättra sin livsstil kan man minska risken för att insjukna i dessa.

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 av fetma har fördubblats sedan 1980 och under samma tidsperiod har samtidigt andelen av den vuxna befolkningen som lider av övervikt ökat med 20 procent bland männen och med 30 procent bland 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 av kvinnorna respektive männen lider av 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, varav den största ökningen har skett bland yngre kvinnor mellan 16-34 år. Det beräknas att 20-40 procent av befolkningen lider av allt ifrån psykoser till andra psykiska problem så som oro, ångest och ängslan, (Socialstyrelsen, 2005).

2.2 Hälsa, levnadsvanor och livsstil

Om man ser tillbaka i tiden på begreppet hälsa har ordet tidigare haft sin utgångspunkt i 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 men 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 kritiken har då riktats mot begreppet "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 över i ett beteendemönster.

Levnadsvanor och livsstil är två faktorer som kan påverka vår hälsa (Rydqvist & Winroth, 2008). Detta är något som utgör grunden för vad Hälsoprofilbedömning tar upp. 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). Dessa faktorer belyses i Hälsoprofilbedömning. 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 patogent¹ (Rydqvist & Winroth, 2008). Inom salutogenes ser man förhållandet mellan hälsa och ohälsa som ett kontinuum² 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). Hälsoprofilbedömning är en hälsotestmetod som grundar sig på just ett salutogent sätt att se på hälsa.

Salutogenes är ett huvudsakligt begrepp inom Aaron Antonovskys hälsoteori 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 än andra 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).

2.3 Hälsöfrämjande arbete

Hälsöfrämjande 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, sid. 1).

Översatt till svenska betyder det följande: Hälsöfrämjande 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 sociala och personliga resurser, 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 hälsöfrämjande arbetet ingår det därmed allt som kan verka för att människor ska må bra i sin tillvaro. Hälsöfrämjande har under senare år kommit att bli ett välanvänt begrepp även

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

² 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).

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 hälsa 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.

2.4 Friskvård

Friskvårdsbegreppet lanserades först i 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 torde även individen aktivt delta i arbetet (Rydqvist & Winroth, 2008). I Nationalencyklopedin beskrivs friskvård 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 (Nationalencyklopedin 2008d, sid. 1).

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 sig 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. (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).

2.5 Arbetsplatsen en arena för hälsofrämjande arbete

En stark bidragande faktor till ohälsan i samhället idag är ständiga omorganisationer, med till exempel minskad personaltäthet, vilket har lett till att tempot i arbetet har ökat för många. Om samma arbetsbörda ska fördelas på färre anställda blir fallet inte så sällan en obalans mellan individens resurser och de krav som arbetet ställer vilket resulterar i

stressrelaterad ohälsa (Rydqvist & Winroth, 2008). Den tekniska utvecklingen har gått starkt framåt de senaste årtiondena vilket har gjort att vi byggt bort den fysiska ansträngningen i våra arbeten och i vår vardag med exempelvis förenklade transportmedel och förbättrad kommunikationsteknik. Detta har lett till att många lever ett förhållandevis inaktivt liv. 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 satsa 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 ge dem anställda hjälp och möjlighet att leva hälsosamt. Och om det behövs, bistå med hjälp till de anställda för att genomföra någon/några livsstilsförändringar (Folkhälsoinstitutet, 2001). Hälsoprofilbedömning är en metod som syftar till att upptäcka om livsstilsförändringar hos individer är nödvändigt och om så är fallet ge råd och hjälp till att utföra dessa (Andersson, 1997). Ett företag har mycket att vinna på om deras medarbetare är mer fysiskt aktiva och har ett högre psykiskt välbefinnande. Företagen borde ha ett ekonomiskt intresse i detta då det annars kan det kosta företaget mycket pengar i form av bland annat minskad arbetseffektivitet, förlorad arbetskraft, sjukersättning, 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 prioritera hälsofrämjande insatser på företag och integrera det med företagets egna strategi vilket inte bara gynnar de anställda utan också företaget i sig. I förlängningen kan sådana här insatser 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 gjorda hälsosatsningarna är effektiva eller inte (Harden m.fl., 1999).

Företagshälsovård

Bosse Angelöw (2002), docent och socialpsykolog, menar att företagshälsovården 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 därmed varit begränsad. Fokus har legat på att förebygga ohälsa, sjukdom och skador, det vill säga klassisk företagshälsovårdsmetodik.

De sista åren har inriktningen på hälsofrämjande insatser, modern företagshälsovårdspedagogik, 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). Verktyg som används inom bland annat företagshälsovården, men även inom annan friskvårdsverksamhet på företag, kommuner eller landsting, är olika varianter av hälsotester. Ett av dessa verktyg är Hälsoprofilbedömning. Hälsotester kan bland annat användas för att urskilja vilka som på en arbetsplats kan utgöra riskindivider för att drabbas av ohälsa, det vill säga kartlägga de som med fördel bör ändra någon/några levnadsvana/-or (Andersson, 1997).

2.6 Modell för förändring av levnadsvanor

Att förändra levnadsvanor ska ses som en långsiktig process (Rydqvist & Winroth, 2008). En förändring av ett beteende inom hälsoområdet kan innebära att man lägger om eller inför nya vanor som bidrar till att ge en hälsofrämjande effekt uppger filosofie doktorerna i fysisk aktivitet och hälsovetenskap med inriktning beteendevetenskap Faskunger och Hemmingsson (2005). Även om vi dagligen tillförs massa information om hur man kan leva sunt så är det inte bara kunskapen som ofta behövs för att förändra en människas livsstil. Det krävs ofta också inslag av andra faktorer såsom strategier för förändring, strategier för att hantera eventuella hinder samt hur man kan motivera individer (Faskunger & Hemmingsson, 2005).

Det finns olika modeller och teorier om hur man kan arbeta med att motivera en individ till att genomföra en förändring i sina levnadsvanor och beteenden. En modell är Transtheoretical model of change (TTM). Den modellen nämns inte i Hälsoprofilbedömningens teoribas. Författaren till denna uppsats tycker dock det är en intressant modell att ha med i denna rapport eftersom den handlar om att definiera var i förändringsstegen som individen befinner sig (TTM). Det kan vara relevant när upplevelsen av metoden Hälsoprofilbedömning diskuteras i denna uppsats.

Transtheoretical model of change

Transtheoretical model of change (TTM) är en modell som kan hjälpa ”hälsovägledare” att bemöta individen och ge denne rätt råd vid rätt tillfälle vilket illustreras av en trappa. Trappan består av olika steg/stadier som visar på hur benägen och motiverad individen är att förändra sitt beteende.

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 och som då är etablerad i ens vardag benämns ofta som en vana (Faskunger & Hemmingsson, 2005). Dessa vanor tar således mycket lång tid att etablera och då även lång tid att förändra. För att kunna göra en bestående beteendeförändring som lyckas 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” (Transtheoretiska 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 och vilka råd som individen är mottaglig för. 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:

- Förnekelsestadiet (Precontemplation) – individen är inte medveten om problemet och funderar inte på förändring.
- Begrundandestadiet (Contemplation) – individen är medveten om problemet och börjar fundera på förändring men är inte redo att handla.
- Förberedelsestadiet (Preparation) – individen förbereder sig för en förändring inom den närmsta framtiden.
- Handlingsstadiet (Action) – individen påbörjar sin förändring och bibehåller förändringen upptill ett halvår.
- Aktivitetsstadiet (Maintenance) – 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 användas 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 processen för just det specifika förändringsstegen. 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).

2.7 Olika hälsotester

Hälsotester är ett begrepp som florerar inom området hälsa. De används när man vill undersöka en individs hälsa men även när man vill kartlägga hälsan hos en större grupp människor på arbetsplatser för att kanske kunna urskilja någon trend eller mönster i gruppen. Utifrån resultatet kan lämpliga friskvårdsinsatser göras på företagen. Inom olika företagshälsovårder och friskvårdsföretag erbjuds 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 ergometercykel³ (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 utgörs utav HPI Nordics metod ”Hälsoprofilbedömning” och som är det hälsotest som författaren till denna uppsats valt att undersöka. En mer ingående beskrivning av Hälsoprofilbedömning som metod följer senare i arbetet.

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

2.8 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 på de anställda vid SAAB. Man genomförde även ett vilo-EKG⁴. Dessa tester kompletterades några år senare 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 m.fl., 2004). Efter ytterligare några år med komplettering och förändring av metoden fick den sitt namn ”Hälsoprofilbedömning” år 1979 (Andersson m.fl., 2004).

Den första utbildningen i Hälsoprofilbedömning för att bli hälsoprofilbedömare⁵ 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 m.fl., 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 (HPI, 2008).

Utbildning

Hälsoprofilbedömningens första kurs (grundkursen) för att utbilda sig till hälsoprofilbedömare genomförs under först tre dagar för att efter några veckor genomföras under två ytterligare utbildningsdagar. Perioden där emellan 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 utbilda kursdeltagaren så att denne själv ska kunna genomföra Hälsoprofilbedömningar efter kursens slut. Grundkursen behandlar de delar som ingår i en Hälsoprofilbedömning, det vill säga blodtrycksmätning, skelettmätning, submaximalt test⁶ på ergometercykel, konditionstal, viktgränser (BMI), samt en samtalsdel mellan hälsoprofilbedömaren och deltagaren. Samtalsdelen tar upp hur individen upplever sin fritid, kostvanor; bruk av tobak, alkohol, mediciner; upplevd ensamhet stress och smärtsymptom. Kursen tar även upp hur man utvärderar Hälsoprofilbedömningen och en förändrings- och kommunikationsmodell (HPI, 2008).

⁴ EKG– Elektrokardiografi: Registrering av elektriska spänningar alstrade vid hjärtmuskelcellernas aktivering (Nationalencyklopedin, 2008e).

⁵ Hälsoprofilbedömare: Den som utföra själva hälsoprofilbedömningen på individen och alltså leder bedömningen och tar alla mät- och testvärden (Andersson, m.fl., 2004).

⁶ 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).

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).

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 på ett dataprogram. 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 m.fl., 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 m.fl., 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 m.fl., 2004). Den fettfria kroppsvikten beräknas 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 uppleva den upplevda ansträngningen med hjälp av Borghskalan⁷ vilken samtidigt jämförs med den faktiska belastningen, det vill säga hjärtfrekvensen. Testet resulterar i att individen får svar på sin fysiska arbetsförmåga (Andersson m.fl., 2004).

I slutet av Hälsoprofilbedömningen kopplar man ihop de mätvärden (som man fått fram från skelettvikten, kroppsvikten och den fettfria kroppsvikten) samt testresultatet av

⁷ Borghskalan: En skattningsskala mellan 6-20 för upplevd ansträngning. Den korrelerar även starkt med både arbetsintensitet och pulsfrekvens under ett aerobt arbete (Folkhälsoinstitutet, 2008a)

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 förändra något beteende om då är nödvändigt för att på så vis uppnå en bättre hälsa och undvika ohälsa (Andersson m.fl., 2004).

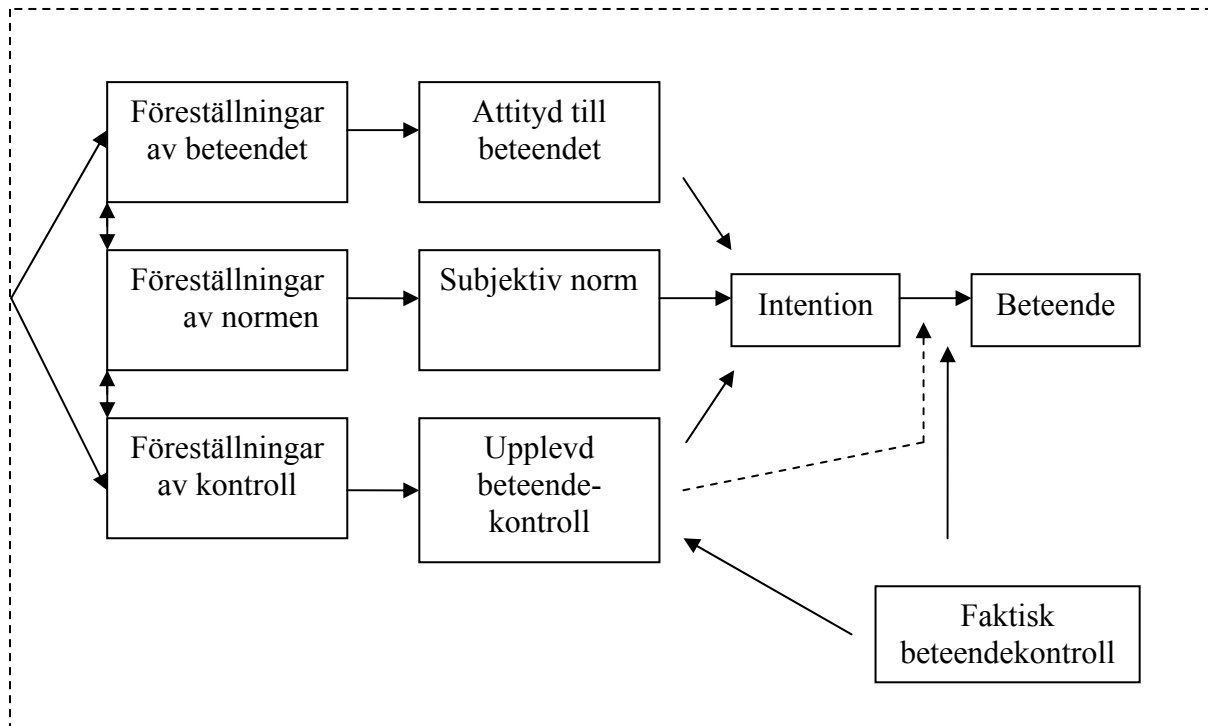
Hälsoprofilbedömning anger Andersson (2005) är en metod som kan användas för att påverka till förändring av levnadsvanor. Metoden syftar till att hjälpa individer att göra individuella livsstilsförändringar genom att hälsoprofilbedömaren genom samtal med deltagaren ökar dennes medvetenhet om sin livs-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

Theory of planned behavior

Theory of planned behavior är en teori som är skapad av Ajzen (se Figur 1). Den teorin har grundarna till Hälsoprofilbedömning valt att låta utgöra undersökningsmetodens teoribas. Den teorin kan användas för att förstå dem bakomliggande faktorerna till en människas planerade handlande och beteendeförändring. Ajzen menar att rådgivaren behöver ha insikt i varför personen handlar som han eller hon gör för att kunna påverka denne till att förändra ett beteende.

Enligt Ajzen (2002) förutbestäms en människas beteende av en rad faktorer som tillsammans medverkar till att personen agerar som hon eller han gör. Detta beskriver han i modellen Theory of planned behavior, (TPB). Han talar då om tre faktorer som påverkar individens intention till att utföra ett visst beteende. Intentionen utgör en indikator på individens *benägenhet* att utföra en viss handling. Detta beskrivs i figur 1 nedan. Faktorerna är attityd till beteendet, subjektiv norm samt upplevd beteendekontroll. Den första faktorn, attityden till beteendet, kan antingen vara positiv eller negativ och grundar sig på positiva eller negativa föreställningar till beteendet. Andra faktorn, subjektiv norm, handlar om individens uppfattning om hennes/hans nära omgivnings sociala normer, som kan vara antingen positiv eller negativ, för beteendet i fråga. Med andra ord, förväntningar som individen föreställer sig att andra har på beteendeförändringen. Men sällan vet vi exakt vad andra har för värderingar till ett beteende. Den sociala normen påverkar därmed tillsammans med de övriga faktorerna vår intention till att utföra beteendet eller inte. Den tredje faktorn är upplevd egenkontroll för beteendet och handlar om medel som kan främja eller hindra individen från att utföra ett visst beteende.

Det finns även en fjärde faktor som kan påverka individen till att utföra ett visst beteende, som inte grundar sig på en intention hos individen, utan påverkar beteendet direkt. Denna faktor kallas ”faktisk kontroll för beteende” och påverkar beteendet genom att den motsvarar individens förmåga, skicklighet, och förutsättningar att faktiskt påverka sitt beteende.



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

Vidare uppger Ajzen (2002) att intentionen till att utföra en viss beteendeförändring ökar ifall 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 till det nya beteendet (Ajzen, 2002).

Enligt TPB kommer individen att ändra sitt beteende om en kombination av följande sker: resultatet av beteendeförändringen känns viktigt, om betydelsefulla personer till individen tycker att förändringen är viktig, samt om individen själv gör bedömningen att hon/han har nödvändiga resurser och goda möjligheter att utföra beteendeförändringen.

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, och att TPB ligger till grund för den prövningen.

2.9 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 fram till en egen övertygelse (Malmgren, 1997).

Andersson och Malmgren (1989) beskriver att Hälsoprofilbedömning har utvecklats från teorimodellen Theory of Planned Behavior (TPB) och kan användas som medvetandegörande kommunikation i syfte att öka individens medvetenhet om sin hälsa. På så sätt hjälps förhoppningsvis individen att 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).

3. Syfte

I takt med att medellivslängden ökar i landet så blir även vällevnadssjukdomarna fler så som övervikt, fetma och psykisk ohälsa. Detta leder till 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 hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och från företagets sida erbjuda olika former av friskvård (Rydqvist & Winroth, 2008). Ett verktyg för att ta reda på vilka friskvårdsformer eller friskvårdssatsningar som företagets medarbetare är i behov av är genom användandet av hälsotester för att undersöka hälsan hos de anställda. Ett av dessa hälsotester som används inom företagshälsovårdsföretag och även inom andra privata hälsoföretag är metoden Hälsoprofilbedömning.

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

3.1 Frågeställningar

- Hur upplever deltagarna i undersökningen metoden Hälsoprofilbedömning?
- Går det att avläsa positiv livsstilsförändring bland deltagarna som beror på metoden Hälsoprofilbedömning?
- Fanns det någon del/några delar i Hälsoprofilbedömningen som var särskilt viktig/viktiga för livsstilsförändringarna?
- Upplever deltagarna att metoden Hälsoprofilbedömning är behäftad med vissa brister?

4. Metod

Då studien är utförd av två studenter (men som resulterade i två olika uppsatser) kommer metodavsnittet till största delen att vara skrivet av Linda Axelsson och Charlotte Tolentino Jonson gemensamt. Vi kommer i metoddelen 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 undersökningen utformats samt hur den genomförts. 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.

4.1 Val av undersökningsmetod

Denna studie bygger på fokusgruppintervjuer. Fokusgrupper är en gruppintervju som består av 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 av undersökningen (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. Detta är vad författarna till denna studie är ämnar göra.

Författarna valde att använda sig av fokusgrupper för att studera *inhåll*; det vill säga olika människors attityder, föreställningar, argument och värderingar för ett visst ämne, som i detta fall var ämnet Hälsoprofilbedömning (Wibeck, 2000). Wibeck (2000) skriver att det bland annat är lämpligt att använda sig av 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 om 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 och tidsmässigt fördelaktiga jämfört med att göra individuella intervjuer (Wibeck, 2000).

4.2 Tillvägagångssätt

Urval av företag

Antalet fokusgrupper till studien planerades till tre vilket författarna ansåg var högsta rimliga antal intervjuer att hinna med. I detta fall har två olika strategier använts för att få fram de tre företag som författarna ämnade utföra studien på, samt till det företag som

författarna genomförde sin pilotstudie på. Dessa två strategier var genom kontaktperson och egen sökning genom internetsidan www.hitta.se⁸.

Pilotstudie

En pilotstudie gjordes för att ligga till grund för de övriga tre fokusgruppintervjuerna (Wibeck, 2000). Företaget som pilotstudien utfördes på 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. Antalet deltagare och kriterierna var de samma som för fokusgruppintervjuerna 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. Att författarna på detta sätt kunde testa om frågeguiden innehöll lättförståelig och relevanta frågor var också en fördel med pilotstudien (Patel & Davidson, 2003). Den genomfördes även för att se om den tidsplanering som författarna avsatt för varje fokusgruppintervju var lämplig. Pilotstudien visade att tidsplaneringen för och upplägget på intervjun var bra samt att de flesta frågorna var formulerade bra, endast några få korrigeringar gjordes såsom att några frågor som uppfattades snarlika slogs ihop.

Företag α

Det första företaget till studien rekryterades genom att olika företag kontaktades via telefon. Urvalsprocessen skedde genom att författarna slumpmässigt valde ut bokstäver som skrevs in på internetsidan 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.

Båda författarna var med och kontaktade företagen och ringde upp olika företag var för sig. Detta för att effektivisera sökandet. Avsikten med kriteriet att deltagarna skulle ha genomgått en Hälsoprofilbedömning de senaste fem åren 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 e-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.

⁸ En internetsida där man kan söka efter adresser och telefonnummer till privatpersoner och företag

Företag β och γ

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 av Hälsoprofilbedömning (Wibeck, 2000). Denna person informerade oss om två lämpliga företag som genomfört Hälsoprofilbedömning. Därefter kontaktades personalansvarig alternativt hälsoansvarig på båda företagen via e-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 e-mail (se Bilaga 1b). Båda dessa företag ställde sig positiva till att delta i studien.

Urval av fokusgruppsdeltagare

Urvalet av fokusgruppsdeltagare gjordes med hjälp av hälsoinspiratören eller personalansvarig på arbetsplatserna, det vill säga personen på respektive företag som författarna hade kontakt 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 av deltagare till studien.

I varje fokusgruppintervju var önskemålet 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 β och γ) (Wibeck, 2000). Anledningen till att det första företaget (företag α) inte blev tillfrågade om fler antal deltagare än fem, var helt enkelt en miss hos författarna.

För att 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 hälsoansvarig på respektive företag. Efter den första kontakten kontaktades företagen vid flera tillfällen angående tidpunkt för mötet samt om hur själva genomförandet av fokusgruppintervjuerna skulle gå till. Detta för att påminna dem om att vi kommer till dem samt för att visa att vi är seriösa med vår studie. En vecka innan varje fokusgruppintervju skickades via personalansvarig eller hälsoinspiratör ett

informationsbrev (se Bilaga 2) till varje deltagare med ett tillhörande stimulusmaterial (se Bilaga 3) för att väcka lite idéer och tankar hos deltagarna innan intervjun kring det som skulle diskuteras. Detta för att åter igen upplysa om vikten av deras 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). Man kan likna denna studie vid en typ av utvärdering i ringa omfattning. Den kan givetvis inte generera i *generaliseringar* av tankar och åsikter om hälsoprofilbedömning, men däremot kan denna studie visa på olika tankemönster utifrån dessa grupper. Målet var att deltagarna fritt skulle kunna diskutera med varandra och inte med moderatorn i så stor utsträckning.

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

Genomförandet av fokusgruppintervjuerna

Författarna tog miljöfaktorn i beaktande och valde att lägga fokusgruppintervjuerna på deltagarnas hemmaplan, det vill säga på arbetsplatsen. Detta för att gruppens diskussion inte skulle hämmas, vilket den kunde ha gjort om mötet ägt rum i en ny, ovan och främmande miljö (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 där möjligheten fanns, eller att författarna placerade deltagarna på ett lämpligt avstånd ifrån varandra där ett runt bord inte fanns (Wibeck, 2000). Moderators 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 tog mellan 35-40 minuter vardera och 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 ingår åtta frågor i frågeguiden, att intervjun tar 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 sina 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 sin ålder utifrån femårsspann (se Bilaga 5). Därefter startades mp3-spelaren och bandspelaren och den andre författaren tog vid, som utgjorde moderatorn. Det finns olika möjligheter till hur man dokumenterar själva intervjuerna. I detta fall har både mp3-spelare och bandspelare använts. Vi använde oss av två inspelningsinstrument för att ha den andra som säkerhetskopia utifall att den ena skulle sluta fungera. En fördel med dessa två inspelningsinstrument är att deltagarna ofta tenderar att inte lägga något fokus på den och därmed inte störs av den, jämfört med en videokamera. Detta 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 av moderatorn. Moderatorn inledde fokusgruppintervjun med att ställa en öppningsfråga till var och en av deltagarna om hur många Hälsoprofilbedömningar (se Bilaga 4) de genomfört, när den senaste ägde rum samt om det ingick ergometercykeltest. Denna fråga var den enda som krävde ett svar från alla. De efterkommande frågorna ställdes till hela gruppen och var således inte inriktad till var och en av deltagarna specifikt. När moderatorn upplevde att en fråga var besvarad och ingen av deltagarna hade något mer att tillägga fortsatte denne vidare till nästa fråga. Om diskussionen hamnade utanför studiens ramar gjorde moderatorn ett inlägg för att få ut så mycket som möjligt av intervjun. När alla åtta frågor var ställda avslutades intervjun. Därefter bjöd författarna deltagarna på medtaget fika.

4.3 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 skulle behandlas konfidentiellt, att deltagandet var frivilligt och att man kunde hoppa av studien när man ville. Detta står i samklang med vad Vetenskapsrådet (2008) anger om individens etiska rättigheter. 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 behövde nämnas under intervjun och därmed då givetvis heller inte i uppsatsen, och eftersom författarna använde sig utav mp 3- och bandspelare kunde heller inga ansikten urskiljas. Konfidentialitet går däremot att uppfyllas helt och hållet, 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 tillintetgöras när studien avslutats för att värna om integriteten på bästa sätt, vilket även deltagarna upplysts om (Vetenskapsrådet, 2008).

Alla de medverkande företagen i studien har tillfrågats om de uppgifter som framkommer om varje företag i resultatet, samt godkänt publiceringen av denna information i uppsatsen. För att hantera detta på ett etiskt sätt har företagens namn fingerats. Företagen liksom deltagarna har kodats för att författarna i citat vill visa på, utan att namnge individen, vem som uttalar sig då det kan vara av intresse för läsaren.

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).

4.4 Bearbetning och analys

Transkription

Wibeck (2000) anger att det finns fyra sätt 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 transkriberade varje fokusgruppintervju direkt efter genomförandet av respektive intervju. 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 då 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 ordgrann (Wibeck, 2000). I detta fall valde författarna att bearbeta det insamlade

materialet genom att transkribera materialet utifrån nivå två genom att orden antecknades utifrån hur de uttalades samt att tvekljud och liknande antecknades. 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 vilken isärklippt 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 och så vidare. 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 ihopparade 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. I resultatet redovisas svar på varje frågeställning var för sig.

4.5 Generaliserbarhet

Resultaten av fokusgruppintervjuer ger inte möjlighet till att uttala sig generellt om olika gruppers åsikter kring valda ämnet för studien. Det handlar i stället om att kartlägga förekomsten av olika tankemönster och öka förståelsen för olika resonemang (Esaiasson m.fl., 2005). Författarna är införstådd 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. (Esaiasson 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 hos en grupp individer.

5. Resultat

I resultatet kommer först bortfallet i studien beskrivas. Vidare kommer en beskrivning av deltagarna och företagen som de deltagarna i studien arbetar på att presenteras. Därefter kommer resultatet att presenteras i relation till frågeställningarna.

5.1 Bortfall

De exakta antalen samtal antecknades inte 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 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 e-målet med information om studien. Ser man däremot till den andra urvalsmetoden där två företag kontaktades via tips från en kontaktperson så är bortfallet noll då båda två företagen som kontaktades bestämde sig för att delta i studien. Vad gäller bortfall av deltagare i studien så var det en som inte kom till en fokusgruppintervju utav de som ursprungligen skulle ha deltagit vilket ger ett bortfall på 1/18.

5.2 Beskrivning av deltagarna

Deltagarna utgjordes av 11 kvinnor och 6 män av de 17 deltagare som ingick i alla fokusgruppintervjuer sammanlagt. Alla deltagare fick ange sin aktuella ålder genom att ange vilken åldersgrupp de tillhörde. Varje åldersgrupp var uppdelat i åldersspann om fem år. Från företag α och företag β deltog två män och tre kvinnor i respektive fokusgrupp. På företag α tillhörde deltagarna åldersgruppen 25-29 år upp till 45-49 år (se Bilaga 5 för förklaring). Företag β hade mindre spridning av åldrarna där deltagarna befann sig från åldersgruppen 35-39 upp till 45-49 årsgruppen. Företag γ 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 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 tre av dem fyra deltagarna hade gjort ergometercykeltest.

5.3 Beskrivning av företagen

Företag α

Det här företaget är ett stort privat företag med flera arbetsplatser i Sverige och som ingår i en stor koncern med internationell bredd. Den arbetsplats som deltog i studien har 16 medarbetare. Arbetsmomenten beskrivs som ganska stillasittande kontorsarbete och har i

perioder inslag av bilresor i samband med kundbesök. Företagets friskvård har under den senaste femårsperioden bestått av aktivitetsersättning i form av träningsbidrag. För fyra år sedan inträdde en nyanställning som är ansvarig på HR-avdelningen (Human Resource⁹) 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 på detta företag mellan de olika arbetsplatserna i Sverige.

Företag β

Detta företag är ett privat företag inom tillverkningsindustrin och har 750 anställda i Västsverige. Företaget har olika avdelningar. Antingen kan man där 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 inomhussporter, simma gratis en gång per vecka, gå på kulturella evenemang med mera. Företaget driver även olika projekt med bland annat vattengympa, massage, vibrationsträning, hälsoskola, kostutbildning, yoga och ryggskola. Dessa projekt har fått fler antal deltagare under åren som gått.

Företag γ

Detta företag är en statlig myndighet. På den arbetsplats som deltog i studien arbetar idag 24 personer. Arbetsmomenten utgörs främst av stillasittande kontorsarbete. Av arbetsplatsens 24 anställda använder 19 av dessa personer 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.

5.4 Hur upplever deltagarna i undersökningen metoden Hälsoprofilbedömning?

Under intervjuerna framkom det att hälsoprofilbedömaren kan utföra Hälsoprofilbedömningen på olika sätt. 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 mer positiv upplevelse av Hälsoprofilbedömningen än i de fall de inte gjorde det tillsammans. I de fall där deltagaren fick fylla i formuläret själva innan mötet och där hälsoprofilbedömaren inte

⁹ Hantering av mänskliga resurser. Det vill säga hur företaget och organisationen strategiskt arbetar med sin organisation och personal (Wise Group, 2008).

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 de 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 γ)

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 β)

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 eller frågorna i sig, utan att deras något negativa känsla egentligen berodde på utförarna av själva Hälsoprofilbedömningen. De upplevde det som att hälsoprofilbedömarna var trevliga men att de inte hade någon riktig struktur i deras arbete. Det resulterade i att dessa deltagare upplevde ett bristande samspelet mellan utföraren och sig själva. Några av deltagarna uttryckte det på följande sätt:

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 jättebra och frågorna och formulären var bra. (Kvinna B, företag α)

5.5 Går det att avläsa positiv livsstilsförändringar bland deltagarna som beror på metoden Hälsoprofilbedömning?

Under fokusgruppintervjuerna framkom det delade meningar om deltagarna gjort någon livsstilsförändring efter deras senaste Hälsoprofilbedömning. Ungefär 50 % av deltagarna hade gjort någon livsstilsförändring de senaste fem åren efter att de genomgått en eller flera hälsoprofilundersökningar. Följande kommenterades:

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 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 α)

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 studentkost slackerliv till att bli en arbetare/.../ Mm, sen så sluta jag snusa också. (Man I, företag γ)

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 β)

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 framkommit i alla tre fokusgruppintervjuerna är att alla deltagare anser att Hälsoprofilbedömning har varit ett bra första steg i utvecklandet av friskvårdsarbetet på respektive företag. Utifrån sammanställningen av Hälsoprofilbedömningarna har respektive företag kunnat se inom vilka delområden som medarbetarna har sämre värden och resultat. Utifrån dessa resultat har företagen kunnat göra större eller mindre friskvårdssatsningar på just det/de området/områden som ohälsan bland personalen på arbetsplatsen har varit som störst. Många deltagare upplever att Hälsoprofilbedömningen i sig har varit en del i det sammantagna friskvårdsarbetet som företaget har gjort sedan genomförandet av den/dem och att den varit ett verktyg för att komma fram till vilka friskvårdssatsningar som företaget i sig bör göra för att få en mer välmående personal.

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 α)

Många av deltagarna som gjort någon eller några livsstilsförändring/-ar efter sin hälsoprofilbedömning/-ar anser att den bidragit, direkt eller indirekt, till förändringen. Några deltagare berättade att det var Hälsoprofilbedömningen som gjorde att de blev medvetna om att vardagsmotionen är viktig vilket gjorde att de därefter började vardagsmotionera lite mer än tidigare. En deltagare uttryckte det så här:

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 α)

En annan påpekar att hälsoprofilen mer har haft en indirekt påverkan:

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 α)

Flera av deltagarna berättade att de hade börjat motionera. Några sa att den hade bidragit till att de förbättrat deras kondition för att de vid nästkommande hälsoprofilbedömning ville ha förbättrat sina testvärden till. 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:

Då hände det mest. Då efter att vi haft profilen, å sen så hade vi tre föreläsningar, små korta föreläsningar under det året emellan första och andra. (Kvinna D, företag γ)

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 γ)

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 arbetet. Istället beskriver deltagarna att om de gjort en förändring upplever de att deras förändring speglades både på fritiden och på arbetet och inte bara på det ena stället.

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 α)

5.6 Fanns det någon del/några delar Hälsoprofilbedömningen som var särskilt viktig/viktiga för livsstilsförändringen?

Den del som påverkade deltagarna mest visade sig vara individuellt till följd av den egna upplevelsen av Hälsoprofilbedömningen. 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 på de områden som diskuterats vid föregående Hälsoprofilbedömning som borde förändras för att må bra/bättre som hade stor påverkan. Flera deltagare uttryckte att det blev 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”. 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. Värden är samtidigt konkreta och enkla att se förändring av under en tidsperiod vilket gör det lättare att jämföra från gång till gång. En deltagare yttrade sig på följande sätt:

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 oj 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 γ)

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 tänket på något sätt. (Kvinna C, företag α)

Om man ser till samtalsdelen jämfört med cykeldelen så tas själva samtalsdelen upp i större grad under fokusgruppintervjuerna, där de områden som benämnts mest är motions-, stress-, tobaks- och kostdelen vilket är de delar i Hälsoprofilbedömningen 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 γ)

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 β)

Den 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 γ)

5.7 Upplever deltagarna att metoden Hälsoprofilbedömning är behäftad med vissa brister?

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 β)

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 börjat 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 bara 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 återspeglat va. (Man K, företag γ)

Några deltagare tyckte att det var en bra fördelning mellan frågor angående psykiskt och fysiskt hälsa. Medan många hade önskat färre frågor om den fysiska hälsan och fler frågor om den psykosociala hälsan, till exempel fler frågor om stress på arbetet. Flera deltagare ställer sig 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.

/.../ den där med fritiden, vad man lägger för värderingar i dom här olika sakerna. /.../ Jamen tycker jag att jag har en meningsfull fritid eller inte ...det som är viktigt. Sen om man har ett aktivt föreningsliv eller om man är ute och går i skogen, jag förstår inte riktigt vad man mäter med det eller vart man lägger värderingen där (man P, företag γ)

Moderator: Hur skulle du vilja haft det?

/.../ kanske mer om man har en fritid som man mår bra av, det räcker väl, sen om jag är med i en förening eller går ut i skogen... /.../ vad mäter man med det, det hade ju vart intressant att veta (man P, företag γ).

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 bara lyssnar på musik och mår väldigt bra av det. (Kvinna D, företag γ)

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 frågan i underfrågor på sättet som görs i hälsoprofilbedömningen.

Förslag på delar som inte finns med men som några deltagare anser bör vara med är bruk 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 γ)

Andra funderingar som kom fram handlade om utformningen av frågan gällande alkoholintag. Flera ansåg att svarsalternativen kring frågan om alkoholintag var svåra att tolka, och ställer sig frågan hur man ska tolka svarsalternativen ”ofta” och ”sällan”. Det

var även flera deltagare som tycker att det borde frågas om mängden alkohol som intas per vecka.

Vad gäller ordningen på frågorna så tycker majoriteten att den är logisk men några anser att frågan om symtom borde komma före frågan om mediciner.

Kritik framförs också angående uppföljningen efter genomförd Hälsoprofilbedömning där de upplever att återkopplingen bör komma snart efter 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 α)

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 minska risken för de som håller på att genomföra någon livsstilsförändring inte ska tappa suget och lägga ner.

5.8 Sammanfattning av resultatet:

- Majoriteten av deltagarna anser att Hälsoprofilbedömning är ett positivt hjälpmedel, men att upplevelsen av Hälsoprofilbedömningen också beror på samspelen mellan deltagaren och den som utför testet.
- Hälsoprofilbedömning kan bidra till livsstilsförändring. Förändringarna kan även bero på företagets egna friskvårdssatsningar.
- Den del som påverkar mest i Hälsoprofilbedömningen är den del där deltagarnas test- och mätvärden avviker från normen. Dessa delar gäller främst kost, motion, stress och tobak. Dessa delar är också de delar som livsstilsförändringarna främst gjorts inom.
- Hälsoprofilbedömning uppfattas som en bra inkörsport för företaget att komma igång med friskvårdssatsningar.
- Många av deltagarna hade funderingar kring fördelningen mellan antal frågor om fysisk och psykisk hälsa. Färre frågor om fysisk hälsa samt fler frågor om psykosocial hälsa föreslås. De har även förslag på tillägg av frågor som rör kost, alkohol och narkotika.
- Det framkom i denna rapportens undersökning att ungefär hälften av deltagarna hade genomfört någon livsstilsförändring efter deras Hälsoprofilbedömning.

6. Diskussion

Diskussionen är uppdelad i två avsnitt: metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen kommer jag att diskutera mina resultat utifrån val av metod och tillvägagångssätt för undersökningen. I resultatdiskussionen kommer de resultat som är relevanta för uppsatsens syfte, med stöd från bakgrundsavsnittet, att diskuteras.

6.1 Metoddiskussion

Pilotstudie

Pilotstudien som gjordes innan de riktiga fokusgruppintervjuerna var betydelsefull för studiens kvalitet då risken för eventuella missförstånd och misstag i studien minimerades på detta sätt vilket stärker studiens trovärdighet. Den gjorde även mig som moderator mer säker i rollen vilket nog också var positivt för studiens resultat. Samtidigt gav pilotstudien utförarna av studien möjlighet att korrigera några av frågeformuleringarna vilket nog var betydelsefullt för att få svar på det som studien ämnar undersöka.

Reliabilitet och validitet

Vidare följer en analys av reliabiliteten och validiteten för denna uppsats.

Reliabilitet anger mätningens/undersökningens tillförlitlighet. Med det menas att resultatet ska vara detsamma vid upprepade mätningar oberoende av vem som utför undersökningen (Ekholm & Lander, 1993). Då fokusgruppintervjuerna utfördes på ett mer strukturerat än ostrukturerat sätt, genom användning av en frågeguide med åtta frågor till deltagarna, resulterar detta i att liknande resultat sannolikt skulle ges vid ett nytt tillfälle så även om intervjuerna skulle vara några andra.

Validitet innebär att man undersöker det som man avser att undersöka och inget annat (Ekholm & Lander, 1997). Denna studie ämnar mäta deltagarnas uppfattning om Hälsoprofilbedömning. Då utförarna av undersökningen tydligt meddelat företagen och deltagarna att allt är anonymt, det vill säga att företagens och deltagarnas namn fingerats i uppsatsen gör troligtvis att deltagarna kan känna sig bekväma att yttra sig i såväl positiv som negativ riktning. Detta bidrar till att utförarna av studien kan ges möjlighet att mäta det som undersökningen avser att mäta, nämligen inställningen till Hälsoprofilbedömning och ifall den kan påverka till livsstilsförändring. Detta är positivt för uppsatsens validitet.

Det finns givetvis en risk att de företag som deltog och de anställda som medverkade i fokusgruppintervjuerna var positivt inställda till Hälsoprofilbedömning eftersom de valde att delta i undersökningen. Detta skulle kunna vara en nackdel för studiens reliabilitet. Dock finns alltid denna risk när det handlar om att intervjua personer om något visst ämne. Om

deltagarna var negativt inställd till Hälsoprofilbedömning kunde de å andra sidan lika gärna ha valt att delta av den anledningen att de var missnöjda och ville framföra det åsikten.

Insamlandet av fakta och analysresultatet i kvalitativa studier är i hög grad beroende av individen som utför det, med andra ord läggs en stor subjektiv prägel på resultatet (Andersen, 1990). Kvalitativ forskning intresserar sig av forskning som går på djupet och inte av att finna generella mönster (Andersen, 1990) Då detta är en studie av den kvalitativa typen går det inte uttala sig om att resultatet kan svara för en större grupps åsikter, men mönstren som jag funnit i denna studie kan givetvis återfinnas även i andra grupper.

Kontaktpersonen som hjälpte utförarna av denna studie att finna lämpliga företag att sedan själva kontakta hade god vetskap om företag som genomfört hälsoprofilbedömningar. En risk finns att han valde ut företag som han vet är positiva till Hälsoprofilbedömning vilket för läsaren skulle kunna tolkas som en faktor som sänker validiteten i undersökningen. Men då denna uppsats grundar sig på en kvalitativt utformad studie, vilken inte syftar till att finna resultat som är generella för en större massa utan istället ta reda på hur *en grupp individer* ställer sig till ett visst ämne, är det oftast ofrånkomligt att validiteten i en kvalitativ undersökning blir låg (Andersen, 1990).

En hel del utifrån denna undersökning tyder på att hälsoprofilbedömningen har haft en viss påverkan på de anställdas förändrade levnadsvanor. Men det kan bero på andra faktorer såsom hur hälsoprofilbedömaren agerar vilket visar sig i samspelet mellan utföraren och deltagare visar resultatet. Detta framkom i resultatet. Det framkommer även att deltagarna har svårt att särskilja på testet i sig och summan av testet och hälsoprofilbedömaren. Det behöver med andra ord inte vara själva testet i sig som leder till livsstilsförändringar. Att individen under Hälsoprofilbedömningen får stå i fokus, selektiv perception (vet om att hon/han ska på hälsotest vilket kan motivera personen att intressera sig för sin hälsa och därmed bli påverkad av Hälsoprofilbedömningen eller det motsatta) skulle också kunna påverka till att hon/han uppfattar Hälsoprofilbedömningen positivt eller negativt Detta tyder på att validiteten för själva testet Hälsoprofilbedömning sannolikt är rätt så låg. Därmed kommer jag i denna uppsats fram till att inte endast testet i sig kan ligga till grund för deltagarnas uppfattning om Hälsoprofilbedömning och dess effekt på livsstilsförändringar. Det går endast att mäta kombinationen av Hälsoprofilbedömningen och hälsoprofilbedömarens sätt att utforma testet på. Kanske är det så att man även ska fokusera på hur själva situationen för Hälsoprofilbedömning arrangeras såsom trevligt rum/miljö? En trevlig hälsoprofilbedömare, en trevlig miljö och ett formulär med bra frågor kanske tillsammans kan resultera i deltagaren upplever en lyckad genomförd Hälsoprofilbedömning?

6.2 Resultatdiskussion

Deltagarnas upplevelse av Hälsoprofilbedömning

I resultatet framkom det att majoriteten av deltagarna upplever Hälsoprofilbedömningen som positiv. Marcus Hasselgrens C-uppsats (2005) visar även den att alla i den undersökningen var positiva till metoden Hälsoprofilbedömning. Det framkom även att upplevelsen av Hälsoprofilbedömningen beror på upplägget och utförandet av den vilket delvis kan bero på utförarens sätt att möta deltagaren. Några av dem deltagare med mindre positiv upplevelse upplever att Hälsoprofilbedömaren utförde Hälsoprofilbedömningen på ett rörig, virrigt och ostrukturerat sätt. De menar att deras inställning till hälsoprofilbedömning delvis beror på mötet med hälsoprofilbedömaren. Även en C-uppsats skriven av Nyqvist (2005) visade att Hälsoprofilbedömaren har en betydande roll för upplevelsen av Hälsoprofilbedömning.

Rollen som Hälsoprofilbedömare

Som framgick i min undersökning kan inställningen till Hälsoprofilbedömningen bero på hur Hälsoprofilbedömaren uppträder. Hälsoprofilbedömaren har med andra ord en viktig roll i Hälsoprofilbedömningen. I de fall där deltagarna hade fått en mindre positiv bild av Hälsoprofilbedömning kan det tänkas vara så att hälsoprofilbedömaren inte lyckades avgöra var i förändringsstegen (TTM) som individen befann sig vilket ledde till att hälsoprofilbedömaren inte kunde dela med sig av ”rätt” råd och tankar till individen (Prochaska, m.fl., 1992) (se bakgrunden sidan 8). På så vis kan detta ha bidragit till att dessa individer har en ostrukturerad bild av Hälsoprofilbedömaren. Ifall TTM var ett inslag i Hälsoprofilbedömarnas utbildning kanske dessa scenarier skulle bli färre. TTM syftar till att hjälpa ”hälsovägledaren” att avgöra var i förändringsprocessen individen är för att kunna bemöta individen på ett bra sätt och ge denne ”rätt” råd. I ”Nationella Mål och Strategier för nutrition 1999-2004 – utvärdering” redogörs det också för vikten av att ge varje individ ”rätt” råd. Följande står skrivet: ”Alla informationsinsatser måste målgruppsanpassas och efterståva god ’timing’” (Folkhälsoinstitutet, 2004, sid 31). Även en metod som kallas Motiverande samtal torde kunna utgöra en del i utbildningen till hälsoprofilbedömare. Den modellen riktar sig till dem som möter klienter i hälsosammanhang (Folkhälsoinstitutet, 2007b). Den har som syfte att hjälpa rådgivaren för att kunna bemöta och kommunicera med individen på ett sätt som gör att råden når fram till individen. Det finns strategier och verktyg för detta som Motiverande samtal belyser (Folkhälsoinstitutet, 2007b).

Med inslag av TTM samt Motiverande samtal finns förutsättningar att öka kunskapen hos hälsoprofilbedömarna om *hur* man etablerar en bra kontakt med sin klient och hur man bäst når ut med hälsoråd. Resultatet av att hälsoprofilbedömaren därigenom kan skapa bättre *möten* med sina klienter kan generera att ännu fler får en positiv upplevelse av Hälsoprofilbedömning, som i förlängningen kan leda till positivt förändrade levnadsvanor.

Positiv livsstilsförändring till följd av metoden Hälsoprofilbedömning?

Sammantaget anser de flesta i undersökningen att Hälsoprofilbedömningen fyller en viktig funktion i utvecklandet av friskvård och i förbättrandet av de anställdas levnadsvanor på arbetsplatsen. Det framkom i undersökningen att ungefär hälften av deltagarna hade genomfört någon livsstilsförändring efter deras Hälsoprofilbedömning. Men huruvida livsstilsförändringarna berodde på Hälsoprofilbedömningen var det delade meningar om. Men en trend som kunde urskiljas var att de flesta tyckte att Hälsoprofilbedömning var bra som inkörsport för friskvårdsarbetet på företaget. I en del fall där företaget gjort egna friskvårdssatsningar beror livsstilsförändringarna mer på deras egen satsning än på Hälsoprofilbedömningen, men utan Hälsoprofilbedömningen hade företaget självt inte vetat vilka friskvårdssatsningar som deras personal var i behov av och därmed kanske inte kunnat sätta in rätt typ av friskvårdsinsatser. Vad som är direkt effekt av Hälsoprofilbedömningen respektive indirekt effekt kan denna typ av studie ej särskilja. Detta framkom även i en annan rapport som belyser Hälsoprofilbedömning, att effekten inte behöver bero på Hälsoprofilbedömningen enbart utan i kombination med bland annat företaget egna friskvårdssatsningar (Nyqvist, 2005). Men så länge som de flesta av personalen är positiva till Hälsoprofilbedömning tors jag m författare påstå att den tycks ha en funktion i förbättrandet av hälsoläget på arbetsplatser och därför bör användas i hälsoarbetet på företag.

Hälsoprofilbedömningen fyller störst funktion den första och andra gången de utförs anser de flesta. Detta beror enligt deltagarna på att alla företagen i undersökningen på egen hand startat upp en friskvårdsverksamhet efter första Hälsoprofilbedömningen med utgångspunkt från det som framkom i en första Hälsoprofilbedömningen. Andra gången Hälsoprofilbedömningen utförs har den funktionen att kartlägga om det har blivit några positiva hälsoförändringar sedan den första hälsoprofilbedömningen anser flera deltagare. Dock finns det nog en poäng i att ändå regelbundet genomföra Hälsoprofilbedömningar anser jag som författare då hälsoläget snabbt kan förändras av olika anledningar bland de anställda samtidigt som det kan tillkomma ny personal till arbetsplatsen som inte har genomgått den tidigare.

Harden m.fl. (1999) menar, som det står skrivet om i bakgrunden, att de hälsofrämjande insatser som görs på arbetsplatsen inte alltid är utformade efter medarbetarnas behov. Vidare menar de att utvärderingar som görs efter hälsoinsatser är bristfälliga. Därför kan man ofta inte veta om insatserna har gett positiva resultat eller inte (Harden m.fl., 1999). Här finns ett tomrum som kan fyllas upp av Hälsoprofilbedömning som kan fungera som en utvärderingsmetod.

Särskilt viktiga delar för livsstilsförändringarna i Hälsoprofilbedömningen

Deltagarna har påverkats mest på de områden där deltagarnas test- och mätvärden avvikit från rekommendationerna. Dessa delar är kost, motion (inklusive vardagsmotion), bruk av tobak samt stress vilka också är de områden där deltagarna främst gjorts livsstilsförändringarna inom. Efter Hälsoprofilbedömningen beskriver flera att ”det blev som en morot” att komma

till rätta med sitt problem. Här ser jag en koppling till TTM, då deltagarna uppger att de känner sig sporrade att ändra någon levnadsvana efter en Hälsoprofilbedömning: Hälsoprofilbedömaren har då antagligen ”mött” individen på rätt steg i TTM och därmed kunnat ge rätt vägledning till individen.

Synpunkter på Hälsoprofilbedömning

Många deltagare i studien påstår att Hälsoprofilbedömning är en bra nulägesanalys som är bra att genomgå. Däremot finns det bland deltagarna flera synpunkter på hur metoden skulle kunna utvecklas och göras ännu bättre. Några tyckte att formuläret borde vara uppdelat i två delar, en om deras levnadsvanor den senaste månaden och en om deras levnadsvanor under det senaste halvåret.

Kostdelen ansåg många av deltagarna utgjorde en alltför liten del i Hälsoprofilbedömningen. Här tycks finnas en brist hos utförarna. En möjlighet är att utbildning till hälsoprofilbedömare bör innehålla mer undervisning i kostvetenskap. Kanske bör det till och med krävas att de som utbildar sig till hälsoprofilbedömare har förkunskaper om kost. Kost- och Friskvårdsprogrammet vid Göteborgs Universitet är ett program som ger bred kunskap om kost och näringslära (Göteborgs Universitet, 2007) vilket ger en god plattform att stå på när råd kring kost ska ges i en Hälsoprofilbedömning. Med mer kostkunskap kan Hälsoprofilbedömaren även ställa relevanta följdfrågor, som sträcker sig utanför formuläret, till individen om dennes kostvanor. Det framkom även i resultatet att många av deltagarna önskade mer betoning på kostdelen i Hälsoprofilbedömningens formulär genom några ingående frågor om vad man egentligen äter. Denna synpunkt har även kommit fram i en annan C-uppsats som Hälsoprofilbedömning skriven av Christian Carlund och Sofie Falck

Fritidsdelen i formuläret med dess detaljfrågor om natur och friluftsliv, föreningsliv med mera är något som kritiserades bland flera deltagare. En deltagare föreslår att det hade räckt med en fråga som rör fritid i formuläret, något i stil med ”anser du att du har en meningsfull fritid?” Jag håller med om att detta avsnitt om individens fritid är värt att ifrågasätta och håller med om deltagarens förslag om endast denna fråga i formuläret som behandlar individens fritid. Däremot kan jag tycka att hälsoprofilbedömaren gärna kan ställa en öppen följdfråga om vad individens fritid består av för att få individen att tänka till lite kring hur dennes fritid verkligen ser ut för att sedan värdera den.

Förslaget som framkom under en fokusgruppintervju om ett tillägg i formuläret med en fråga om intagen mängd alkohol är ett förslag som är värt att uppmärksamma. Utan denna fråga är det svårt att bedöma om individen befinner sig i en kritisk zon att drabbas av alkoholproblem eller inte. Folkhälsoinstitutet uppger i undersökningar att den årliga alkoholkonsumtionen har ökat sedan mitten på 90-talet. 1996 uppskattades den totala årliga konsumtionen till 8,4 liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre (Folkhälsoinstitutet, 2007a). År 2007 hade konsumtionen stigit till 9,8 liter (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, 2007). Att alkoholkonsumtionen har ökat i befolkningen bör vara ett skäl till att inkludera en fråga angående intagen alkoholmängd

per vecka. Folkhälsoinstitutet (2008b) skriver om ”Riskbruksmodellen” som innebär att de anställda erbjuds att kontrollera sina alkoholvanor i samand med exempelvis en hälsoundersökning. De skriver vidare att de som utifrån hälsoundersökningen upptäcks ha en riskabel alkoholkonsumtion bör erbjudas rådgivning. Det finns vetenskapligt stöd för att enkel rådgivning har effekter på alkoholkonsumtionen (Folkhälsoinstitutet, 2008b). Hälsoprofilbedömning är en form av hälsoundersökning och kan fungera som ett instrument för att upptäcka individer med alkoholproblem eller som befinner sig i riskzonen och är ett forum för enkel rådgivning för individens problem.

Förslaget som framkom i denna uppsats om att inkludera en fråga om narkotikabruk i Hälsoprofilbedömningsformuläret styrks av Statens Folkhälsoinstitut riktlinjer för att bekämpa bruket av narkotika: ”att det förebyggande arbetet bör samordnas med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället” (Folkhälsoinstitutet, 2008b).

För att förändra vanor har Hälsoprofilbedömning valt att ha TPB som teoribas (Andersson & Malmgren, 1989), (Ajzen, 2002). Stämmer det då att riktlinjerna för Hälsoprofilbedömningen behandlar det som TPB går ut på? Kan man säga att denna teorimodell för beteendeförändring kan hjälpa hälsoprofilbedömaren att få individer att skaffa sig bättre levnadsvanor? Som står i bakgrunden kan nya vanor ta lång tid att skaffa sig. Men med TPB som hjälp kan hälsoprofilbedömaren klargöra var hindren finns någonstans (i attityden, den subjektiva normen och/eller den egna kontrollen) och sedan bemöta individen med rätt råd för att dennes föreställningar av det nya beteendet kan ändras. TPB kan påverka strukturen i en Hälsoprofilbedömningen positivt, eventuellt kanske inte denna modell tillämpades vid dem besök där de deltagare i studien som genomgått Hälsoprofilbedömning tyckte att den utförts på ett rörigt sätt.

Vidare forskning

Om mer tid och resurser hade funnits till förfogande hade det varit intressant att undersöka samma ämne som för denna uppsats i form av fokusgruppintervjuer på fler företag. Då skulle det ha varit intressant att jämföra några statliga företag och några privata för att se om det finns skillnader i upplevelsen av hälsoprofilbedömning. Det hade också varit önskvärt att komplettera vår egen undersökning med en enkätundersökning som riktar sig till alla på företagen som vi undersökt. Detta för att dessutom få en *överblick* av hur de anställda generellt sett på varje företag resonerar kring ämnet.

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, I. (2008). *Icek Ajzen TPB diagram*. Hämtad 2008-05-04 från <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Andersen, H. (red.) (1990). *Vetenskapsteori och metodlära En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Carlund, C. & Falck, S. (2007). *En kritisk analys av ett Hälsoprofilbedömningsinstrument*. (C-uppsats 10 p). Halmstad. Sektionen för hälsa och samhälle. Högskola i Halmstad.
- Ekholm, M. & Lander, R. (1993). *Utvärderingspraktiken*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- 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

- Folkhälsoinstitutet (2004) *Nationella Mål och Strategier för nutrition 1999-2004 – utvärdering*. Hämtad från http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/handlingsplan_malstrategier0502.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 (2007a) *Alkohol*. Hämtad 2008-08-29 från http://www.fhi.se/templates/Page_____141.aspx
- Folkhälsoinstitutet (2007b). *Grunderna i MI – Motiverande Samtal, MI en kunskapsövesikt*. Hämtad 2008-08-26 från http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI_samtal/Grunder_MI.pdf
- Folkhälsoinstitutet (2008a). *FYSS 2008*. Hämtad 2008-04-30 från http://www.fhi.se/upload/ar2008/rapporter_2008/R200804_FYSS08.pdf
- Folkhälsoinstitutet (2008b). *Förebygg alkoholproblem på din arbetsplats*. Hämtad 2008-08-29 från: http://www.fhi.se/templates/page_____13595.aspx
- Göteborgs Universitet (2007). *Kost- och Friskvårdsprogrammet*. Hämtat den 2008-08-29 från http://www.mhm.gu.se/utbildning/program/kost_friskvard/
- 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.
- Hasselgren, M. (2008). ”Efter hälsoprogrammet – en studie av upplevda hälsosituationer två år senare”. (C- och D-uppsats 30 hp). Malmö, Institutionen för hälsa och samhälle. Malmö Högskola.
- 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
- 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 tidskrift*, 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
- 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
- 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=patogener
- 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
- 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
- Nyqvist, M. (2005). ” ’Jag tycker att det är en jättebra väckarklocka’ – Förväntningar inför uppföljande Hälsoprofilbedömningen”. (Examensarbete 10 p). Stockholm, Institutionen för idrotts- och hälsovetenskap. Gymnastik- och idrottshögskolan.
- 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
- 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.
- Rydgqvist, 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>

Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (2007) *Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige under 2007 – En preliminär skattning av registrerad och oregistrerad alkohol*. Hämtad den 2008-08-30 från http://www.sorad.su.se/doc/uploads/alcohol_statistics/Alkoholkonsumtionen_i_Sverige_2007.pdf

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

Vetenskapsrådet (2008) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2008-08-29 från http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360/HS_15.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

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 *a*.

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 β och γ .

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 borgsskalan 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.

HÄLSOPROFIL	FÄRDSÄTT TILL OCH FRÅN ARBETSPLATSEN Sammanlagd tid	1	2	3	4	5
	FRITID	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Mycket ofta
	Täffa sällsk och vänner	1	2	3	4	5
	Skötsel, underhåll, renoivering av hus/hem	1	2	3	4	5
	Studier, utbildning	1	2	3	4	5
	Evenemang, teater, utställningar, konsert, 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
	MOTION Avsätter tid för motion med syfte att bibehålla/förbättra kondition - hälsa - välbefinnande	Jag motionsar Aldrig	Då och då	1-2 ggr/vecka	3-5 ggr/vecka	Mer än 5 ggr/vecka
	1	2	3	4	5	
	KOST Jag bedömer all mina kostvanor är	Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga	Bra	Mycket bra
	1	2	3	4	5	
	TOBAK Pipa eller annan tobak används i egenrök	Jag röker 20 cig/dag eller mer	11-20 cig/dag	1-10 cig/dag	Vid anstaka Sällan/”leströker”	Röker ej
	1	2	3	4	5	
	Jag snuser Minst 1 dosa/dag	4-6 dosor/vecka	2-3 dosor/vecka	Högst 1 dosa/vecka	Snuser ej	
	1	2	3	4	5	
	ALKOHOL Ör (ej läsk), vin, sprit	Jag dricker alkohol Mycket ofta eller periferals i stora mängder	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
1	2	3	4	5		
MEDICIN	Jag använder någon eller några av dessa mediciner	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Lugnande <input type="checkbox"/> Sömnmedel <input type="checkbox"/>	Uppiggande <input type="checkbox"/> Värktabletter <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
SYMPTOM	Jag har något eller några av dessa symptom	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Rygg/neckbesvär <input type="checkbox"/> Magbesvär <input type="checkbox"/> Trötthet <input type="checkbox"/>	Huvudvärk <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
UPPLEVD STRESS	Jag känner mig stressad	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
1	2	3	4	5		
Avsvar hela livssituationen	1	2	3	4	5	
Enbart på arbetet	1	2	3	4	5	
UPPLEVD ENSAMHET	Jag känner mig ensam	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
1	2	3	4	5		
Avsvar hela livssituationen	1	2	3	4	5	
Enbart på arbetet	1	2	3	4	5	
UPPLEVD HÄLSA 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 / Livsmedels AB, Ver 2003.02.07

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- : _____