



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM

# **Företagshälsovårdens behov av kostkompetens**

**Fallstudie på en företagshälsovård**

**Camilla Axelsson**

**Examensarbete, 10 p**

Kost- och friskvårdsprogrammet

Handledare: Ann Glerup

Examinator: Helena Åberg

Datum: september 2007



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

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

Titel: Företagshälsovårdens behov av kostkompetens  
Författare: Camilla Axelsson  
Typ av arbete: Examensarbete, 10 p  
Handledare: Ann Gleerup  
Examinator: Helena Åberg  
Linje/program/ev. kurs: Kost- och friskvårdsprogrammet  
Antal sidor: 32  
Datum: september 2007

### **Sammanfattning**

Idag räknas mer än 46 procent av alla svenskar mellan 16 och 84 år som överviktiga (BMI 25-29,9) och cirka 10 procent som feta (BMI >30). Jämfört med för 20 år sedan är detta en 100 procentig ökning och både nationella samt internationella studier visar att andelen fortfarande stadigt ökar (SCB, 2007). Man kan se ett tydligt samband mellan övervikt och ett stort antal sjukdomar, bl.a. diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar, men även psykologisk ohälsa som emotionella problem och depressiva tillstånd. Arbetsgivare förlorar stora summor pengar i form av produktionsbortfall, sjukpenning etc. på att ha sjukskriven personal samt därmed är det angeläget att finna effektiva metoder till förebyggande arbete.

Huvudsyftet med denna uppsats var att diskutera huruvida företagshälsovården generellt är i behov av mer kompetens inom sjukdomsförebyggande samt hälsofrämjande kostarbete. Detta utifrån att göra en fallstudie på en företagshälsovård som i detta arbete benämns "X-hälsan". Jag undersökte deras verksamhet och kompetens inom området idag, samt tittade på kundernas behov och efterfrågan.

X-hälsans och fyra kundföretags respektive VD intervjuades och enkäter delades ut bland kundföretagens anställda. Direkt samt deltagande observation genomfördes under sammanlagt tio veckor på X-hälsan.

Resultaten visade att kompetensen inom sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande kostarbete är mycket begränsad på X-hälsan idag och att inga tjänster kring detta erbjuds. Bland tre av de fyra kundföretagen uppvisades ett stort intresse och efterfrågan av sådana tjänster.

**Nyckelord:** fetma, främjande hälsoarbete, förebyggande kostarbete, företagshälsovård, hjärt-kärlsjukdom, kost

# Innehåll

1	Inledning .....	3
2	Bakgrund.....	4
2.1	Definitioner och begrepp.....	4
2.2	Vad är hälsa? .....	5
2.3	Ohälsa och samhällets kostnader.....	6
2.4	Hjärt-kärlsjukdomar .....	6
2.5	Övervikt och fetma .....	6
2.5.1	Klassifikation .....	6
2.5.2	Prevalens.....	7
2.5.3	Samband med andra sjukdomar .....	7
2.5.4	Orsaker.....	8
2.5.5	Vad är metabola syndromet?.....	8
2.5.6	Vad är åderförkalkning?.....	9
2.5.7	Vad är (høgt) blodtryck?.....	9
2.5.8	Vad är kolesterol? .....	9
2.6	Hur ska man arbeta?.....	10
2.7	Presentation av X-hälsan .....	11
2.7.1	Mål och framtidsplaner .....	11
2.7.2	Anställda.....	11
2.7.3	Presentation av kundföretag.....	11
2.8	Fallstudier.....	11
2.9	Sammanfattning av bakgrund.....	12
3	Syfte .....	13
3.1	Frågeställningar .....	13
4	Metod .....	14
4.1	Kvalitativ metod.....	14
4.2	Tillvägagångssätt.....	14
4.2.1	Intervjuer.....	14
4.2.2	Enkäter.....	16
4.2.3	Observationer.....	16
4.3	Urval.....	16
4.4	Validitet och reliabilitet .....	17
5	Resultat.....	18
5.1	Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete?.....	18
5.1.1	Kompetens inom förebyggande kostarbete.....	18
5.1.2	Kostens betydelse för hälsan .....	18
5.1.3	Erbjudna tjänster inom förebyggande kostarbete.....	19
5.1.4	Behov av mer kompetens.....	19
5.2	Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder?.....	20
5.2.1	Kostens betydelse för hälsan.....	21
5.2.2	Upplevt behov av förebyggande kostarbete .....	21
5.2.3	Erbjudna tjänster kring förebyggande kostarbete från X-hälsan .....	22
5.2.4	Intresse av förebyggande kostarbete .....	22
6	Diskussion .....	24
6.1	Källdiskussion .....	24
6.2	Metoddiskussion.....	24
6.3	Resultatdiskussion .....	26
6.3.1	Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete?.....	26
6.3.2	Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder?.....	28
6.4	Har företagshälsovården generellt behov av mer kompetens inom förebyggande kostarbete? .....	28
6.5	Förslag till vidare forskning .....	29
7	Referenser .....	30
Figur 1.	Kontinuummodell (Winroth & Rydqvist, 2003, s. 27) .....	4
Figur 2.	Hälsokorset (Winroth & Rydqvist, 2003, s. 25).....	5
Figur 3.	VD Transport "hälsomodell" .....	21
Diagram 1.	Medelvärde över kundanställdas värdering av enkätfrågor .....	20
Tabell 1.	Klassifikation av övervikt och fetma (WHO, 2000, s.16).....	7
Bilaga A	X-hälsans organisationsschema	
Bilaga B	Intervjumall med VD på X-hälsan	
Bilaga C	Intervjumall med VD på X-hälsans kundföretag	

Bilaga D      Enkät med X-hälsans kundanställd





# 1 Inledning

Som student på Kost- och friskvårdsprogrammet har jag lärt mig att det är många faktorer som påverkar hälsan samt att det är viktigt med en helhetssyn på denna för att man på ett effektivt sätt ska kunna arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. Ohälsan i Sverige består idag till stor del av hjärt-kärlsjukdomar och en orsak till detta är att vi blir allt mer överviktiga och feta. Dessa sjukdomar kostar mycket pengar för samhället samt för företag som får kostnader för produktionsbortfall och sjukpenning m.m.

Det är svårt att hjälpa någon som redan lider av fetma. Det tar lång tid och kostar därmed pengar, varför det för företagen är av största vikt att finna effektiva strategier för hur man kan förebygga fetma och därmed också fetmarelaterade sjukdomar. Många företag tar hjälp av en företagshälsovård när det gäller hälsoarbetet. Jag undrade därför hur man arbetar sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande med kosten på företagshälsovården i Sverige idag? För att stilla denna undran bestämde jag mig för att göra en fallstudie på en stor företagshälsovård i södra Sverige.

Eftersom en av orsakerna till fetma är felaktigt kostintag ville jag undersöka vilken roll kosten spelar i företagshälsovårdens arbete. Har de tillräcklig kompetens om hur man med kosten kan arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande eller är de i behov av mer kunskap? Att behovet av kostinformation finns visar sig genom sjukdomsstatistik, men hur ser efterfrågan av kostinformation ut? Det är inte säkert att kundföretagen efterfrågar hjälp även fast behoven finns. Jag ville därför även undersöka hur efterfrågan och intresset ser ut hos några av kundföretagen till den företagshälsovård jag studerade.



## 2 Bakgrund

Kapitlet inleds med en förklaring till begrepp och definitioner som används i denna uppsats. Den teoretiska referensramen som följer ger bakgrundskunskap till de fenomen jag har för avsikt att analysera. Det handlar om olika aspekter på hälsa samt, som en motivering till att problemet är viktigt, vad ohälsan kostar samhället. En genomgång av forskningen kring övervikt och fetma görs där klassifikation, samband med andra sjukdomar samt orsaker förklaras. Teorier om hjärt-kärlsjukdomar, metabola syndromet, åderförkalkning, högt blodtryck och kolesterol presenteras, då detta ger en förståelse för sambandet mellan kost, fetma och sjukdomar. Även teorier kring hur man skulle kunna arbeta för att sänka andelen med fetma och därmed även sjukskrivningskostnaderna läggs fram. Sist i bakgrunden presenteras mitt fallstudieobjekt och teorier kring fallstudier.

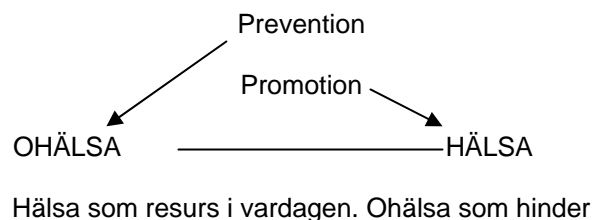
### 2.1 Definitioner och begrepp

#### *Främjande hälsoarbete*

Menckel et al. (2000) menar att alla insatser som syftar till att få människor till att må bättre, är hälsofrämjande. Hälsofrämjande på arbetsplatser befattar sig med orsaker till ohälsa, men fokuserar på möjligheter till god hälsa. Det handlar om att möjliggöra för de arbetande att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade beteenden. Ett annat ord för främjande är promotion.

#### *Förebyggande hälsoarbete*

Ett annat ord för förebyggande är prevention. Skillnaden mellan förebyggande och främjande hälsoarbete förklarar Winroth och Rydqvist (2003) med hjälp av följande figur:



Figur 1. Kontinuummodell kopplad till begreppen förebyggande-främjande (Winroth & Rydqvist, 2003, s. 27).

Figuren visar att förebyggande (prevention) hälsoarbete inriktar sig på ohälsan, dvs. förebygger ohälsa, medan främjande (promotion) hälsoarbete inriktar sig på hälsan, dvs. främjar hälsan. I denna figur ses hälsa som en resurs i vardagen och ohälsan som ett hinder. I denna uppsats används framför allt begreppet förebyggande, men även det främjande då dessa begrepp tillsammans står för en annan syn än vad sjukvård och traditionell hälsovård med rehabilitering länge har gjort.

#### *Rehabilitering*

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för åtgärder som hjälper sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv.

## 2.2 Vad är hälsa?

År 1946 fastställde Världshälsoorganisationen (WHO) sin definition av begreppet hälsa som:

”Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom och handikapp.”

(SOU, 1999, s. 137)

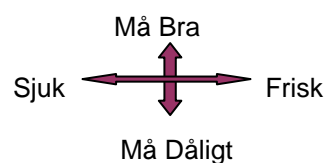
Med denna definition ville WHO argumentera för att hälsoutvecklingen i världen inte bara var en fråga om mer och bättre sjukvård. Under de föregående decennierna hade det funnits en uppfattning om att hälsa var det samma som frånvaro av sjukdom. WHO ville med det nya hälsobegreppet vända uppmärksamheten mot de samhällseliga orsakerna som en av flera bidragande till sjukdomars utveckling och fördelning i befolkningen. Definitionen har med framgång tjänat sitt syfte genom att en kraftig kunskapsökning under senare år, kring hur socioekonomiska och psykosociala förhållandena påverkar sjukdomars uppkomst och konsekvenser, har skett (SOU, 1999).

Johnsson et al. (2003, s.19) har en annan definition på hälsa:

”Hälsa är subjektivt, hälsa är en upplevelse. Hälsa är en upplevelse av välbefinnande, ett tillstånd då man finner mening med livet och då det är i balans.”

Enligt Medin och Alexandersson (2000) kan man se på begreppet hälsa ur två olika synvinklar – biomedicinsk och humanistisk. Ur en biomedicinsk synvinkel ses hälsa som en motsats till sjukdom där sjukdomens vara eller icke vara är i fokus. Från ett humanistiskt perspektiv ser man på hälsa som något mer än endast frånvaro av sjukdom. Här är även individens sociala och mentala välbefinnande en viktig del av den upplevda hälsan. Det finns ett flertal olika definitioner på hälsa.

En aspekt på hälsa ger Winroth och Rydqvist (2003) med sitt *hälsokors* (se Figur 2). Den är framtagen för att påvisa att man kan uppleva sig ha en god hälsa i olika situationer. Man kan må bra mentalt och socialt trots att man har en diagnostiserad sjukdom. Samtidigt som man kan vara frisk ur ett kliniskt perspektiv behöver man heller inte må bra mentalt och socialt.



Figur 2. Hälsokorset (Winroth & Rydqvist, 2003, s.25).

Nordenfelt<sup>1</sup> (1991) menar att man inte kan se hälsa enbart utifrån en biologiskt orienterad teori där hälsa anses vara att människans kropp och psyke fungerar. Enligt honom måste hälsobegreppet ha en holistisk hälsovision som grundar sig på människans välbefinnande och goda handlingsförmåga. Nordenfelt menar att värderingen i begreppet hälsa består i att man tillskriver människan förmågan att förverkliga sina mål.

---

<sup>1</sup> Professor i hälso- och sjukvårdsteori och etik

## 2.3 Ohälsa och samhällets kostnader

Ljusenius<sup>2</sup> (2001) skriver att ohälsan i landet har fördubblats på sex år. Idag är över 14 procent av arbetskraften endera sjukskriven eller förtidspensionerad. På politiskt håll talar man om ohälsofrågan som en strategisk fråga. Regeringen har tydligt markerat att man ser situationen som allvarlig för landets ekonomiska utveckling och därmed även för välfärden. Sverige har redan en mycket långtgående arbetsmiljölagstiftning och stora insatser görs på arbetsmiljöområdet. Trots detta fortsätter kostnaderna för ohälsan att stiga. Redan nu är kostnaden för samhället cirka 125 miljarder kronor på årsbasis och kostnaden ökar fortfarande. Jacobson och Lindgren (1996) skriver att de för det svenska samhället dyraste sjukdomarna är sjukdomar i rörelseorganen, cirkulationsorganen och psykiska störningar.

## 2.4 Hjärt-kärlsjukdomar

Till hjärt-kärlsjukdomar räknar man framför allt stroke och kranskärlssjukdomar. Enligt SCB (2003) drabbades drygt 35 000 personer av akut hjärtinfarkt år 2000. Bland kvinnor över 55 år och bland män över 45 år, var detta den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Den underliggande förklaringen till de flesta hjärt-kärlsjukdomarna är enligt Socialstyrelsen (1992) åderförkalkning (se 2.5.6). Att utveckla åderförkalkning och få en ökad risk att drabbas av relaterade hjärt-kärlsjukdomar påverkas av en rad faktorer, såväl genetiska som omgivningsmässiga. De största riskfaktorerna är rökning, högt blodtryck (se 2.5.7), fetma (se 2.5.1) och förhöjda LDL-kolesterolnivåer<sup>3</sup> (se 2.5.8).

## 2.5 Övervikt och fetma

### 2.5.1 Klassifikation

Innan presentation av prevalens<sup>4</sup> och samband mellan övervikt/fetma och sjukdomar, vill jag klargöra att man generellt sett skiljer på övervikt och fetma, där fetma betecknar det svårare tillståndet. WHO (2000) menar att båda dessa tillstånd kan definieras som förhållandet mellan kroppsvikt och längd, vilket anges i Body Mass Index (BMI<sup>5</sup>). Med utgångspunkt från detta mått har olika intervall definierats och dessa klassificeras som undervikt, normal vikt, övervikt och fetma (se Tabell 1.).

---

<sup>2</sup> Samhälls- och beteendevetare

<sup>3</sup> Low Density Lipoprotein

<sup>4</sup> Förekomsten av ett visst tillstånd i en befolkning under en viss tidsperiod

<sup>5</sup> BMI räknas ut genom att vikten divideras med längden i kvadrat angivet i meter (kg/m<sup>2</sup>)

Tabell 1. Klassifikation av övervikt och fetma

Klassifikation	Alternativ benämning	BMI (kg / m <sup>2</sup> )	Hälsorisk
Undervikt		< 18,5	Varierar beroende på orsak till undervikt
Normalvikt		18,5 - 24,9	Normalrisk
Övervikt		25 - 29,9	Lätt ökad risk
Fetma	Obesitas/Kraftig övervikt	≥ 30	Måttligt till mycket ökad risk
Fetma klass I	Fetma	30 - 34,5	Måttligt ökad risk
Fetma klass II	Kraftig/Svår fetma	35 - 39,5	Kraftigt ökad risk
Fetma klass III	Extrem fetma	≥ 40	Extremt ökad risk

Källa: WHO, 2000, s. 16

Tabellen visar att man även har graderingar avseende fetma. Från fetma till extrem fetma där risken för ohälsa går från måttligt ökad till extremt ökad risk. Det förekommer även andra definitioner av dessa intervall där man skiljer mellan män och kvinnor. Kvinnor sätts då jämfört med männen, något lägre.

Denna enkla klassifikation av vikt är skapad i syfte att relatera BMI till hälsorisk. Framhållas bör dock att hälsoriskerna vid fetma varierar mellan individer och mellan olika populationer, varför denna klassifikation endast bör ses som en grov generalisering (NHLBI<sup>6</sup>, 1998). Björntorp (1990) skriver att även lokaliseringen av kroppsfettet har betydelse för hälsoriskerna. Extremt korta individer samt personer med stor muskelmassa kan t.ex. erhålla höga BMI-värden, även fast de inte utmärks av ett överskott på kroppsfett.

### 2.5.2 Prevalens

Idag räknas mer än 46 procent av alla svenskar mellan 16 och 84 år som överviktiga (BMI 25-29,9) och cirka 10 procent som feta (BMI >30). Jämfört med för 20 år sedan är detta en 100 procentig ökning och både nationella samt internationella studier visar att andelen fortfarande stadigt ökar (SCB, 2007).

### 2.5.3 Samband med andra sjukdomar

En omfattande forskning har bedrivits inom området övervikt/fetma och hälsorisker. Nu finns det övertygande bevis för att ett högt BMI medför allvarliga hälsorisker med såväl ökad sjuklighet som dödlighet (Sjöström, 1992a, 1992b). Sjöström skriver att risken för att utveckla hypertoni och hjärt-kärlsjukdom är starkt förknippad med fetma. Högt blodtryck mer än fördubblar risken för stroke och är den enskilda riskfaktor som är lättast att göra något åt. Andelen svenska kvinnor under 65 som drabbats av stroke har ökat med 40 procent på tio år. Högt blodtryck är en av faktorerna i det metabola syndromet (se 2.5.5) där även övervikt, högt blodsocker och höga blodfetter ingår. Det metabola syndromet är ett vällevnadssyndrom som ofta leder till diabetes typ 2. Enligt Lars Rydén<sup>7</sup> (1999), har patienter med diabetes typ 2 nära en fördubblad dödlighet i hjärtinfarkt jämfört med andra infarktpatienter. Även Larsson (1981) skriver att Diabetes typ 2 är en sjukdom som har samband med övervikt och fetma. Khare (1995) menar att ytterligare andra sjukdomar är gallvägssjukdom, rygg- och ledbesvär samt sömnapné. NHLBI (1998) skriver att vissa typer av cancersjukdomar som bröst, prostata

<sup>6</sup> National Heart, Lung and Blood Institute

<sup>7</sup> Professor på kardiologiska kliniken, Karolinska Sjukhuset

och coloncancer har samband med övervikt och fetma. Slutligen vill Prather och Williamson (1988) trycka på att övervikt och fetma inte endast uppvisar samband fysiologiska sjukdomar, utan att även den psykologiska hälsan påverkas, i synnerhet med förekomst av emotionella problem och depressiva tillstånd.

#### 2.5.4 Orsaker

Fetma, eller "obesitas" som man också betecknar det, betraktas som en sjukdom med många orsaker, där själva sjukdomen kännetecknas av en kraftig ansamling av kroppsfett. Den fundamentala basen kan dock sägas utgöras av en obalans mellan energiintag och energiförbrukning (National Research Council, 1989). Prentice och Jebb (1995) menar att man kan se ett tydligt samband mellan samhällets utvecklingsnivå och förekomst av övervikt. Detta pekar på att det är en sjukdom som, oavsett dess genetiska rötter, har starka samband med den livsstil som kännetecknar livet i det moderna västerländska samhället. Det rör sig om stress och metabola syndromet som hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes och övervikt. De är följden av extremt stillasittande, felaktiga kostvanor och givetvis i många fall även rökning.

WHO (2002) konstaterar i sin världshälsorapport att fem av de sju enskilt största riskfaktorerna för sjuklighet och död i i-länder är starkt relaterade till kostens sammansättning<sup>8</sup>. Matvanornas betydelse för folkhälsan är enligt rapporten minst lika betydelsefulla som alkohol och tobak. De sju enskilt största riskfaktorerna för sjuklighet och död i i-länder är enligt WHO:s rapport

- tobak
- högt blodtryck
- alkohol
- höga blodfetter
- övervikt
- för liten konsumtion av frukt och grönsaker
- för lite fysisk aktivitet.

De största riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar är enligt samma rapport

- mycket mättat fett och transfetter<sup>9</sup>
- liten konsumtion av fibrer
- mycket salt
- liten konsumtion av frukt och grönsaker
- mycket alkohol
- övervikt.

#### 2.5.5 Vad är det metabola syndromet?

Abrahamsson et al. (2006) förklarar det metabola syndromet som när man uppvisar högt blodtryck, fetma, insulinresistens och höga blodfettshalter. Detta är alltså ett syndrom innan en sjukdom uppkommit. Har man metabolt syndrom är man dock i allra högsta grad i riskzonen för att drabbas av en hjärt-kärlsjukdom. Var och en av komponenterna i metabola syndromet ökar risken för att drabbas av en hjärt-kärlsjukdom.

---

<sup>8</sup> För mycket fett (framför allt mättat), salt och socker samt för lite frukt och grönt

<sup>9</sup> Transfettsyror uppstår bl.a. vid framställning av härdat fett

Alberti och Zimmet (1998) menar att risken för hjärtinfarkt är fem gånger större då diagnosen metabola syndromet föreligger fullt ut, än för normalindivid. Alberti och Zimmet (1998, s. 539) ger följande orsaker till metabola syndromet:

- Övervikt är den viktigaste riskfaktorn för metabola syndromet och diabetes typ 2.
- Nya data visar att en typ 2 diabetiker löper 20 procent risk att få en hjärtinfarkt inom sju år. Det motsvarar ungefär lika stor risk som en person med en tidigare hjärtinfarkt löper att få ytterligare en.
- Varje ökning med 15 cm i midjemått innebär fördubblad risk för typ 2 diabetes.
- Vid diabetesdebuten har hela 40 procent utvecklade manifestationer av hjärt-kärlsjukdom.

#### 2.5.6 Vad är åderförkalkning?

Åberg (2002) berättar att åderförkalkningen främst drabbar de stora och medelstora blodkärlen och innebär förenklat att olika fettämnen, kalk och bindväv lagras i blodkärlens väggar. Följden blir att kärlen efter hand blir trånga och riskerar att täppas igen. Åderförkalkningen kan vara beroende av både medfödda och förvärvade faktorer. Ökande ålder, kön, rökning, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes, övervikt och psykosocial stress är vanliga exempel på sådana faktorer.

Om något av hjärtats kärl blir helt tilltäppt av åderförkalkningen utvecklas en hjärtinfarkt, vilket drabbar cirka 30 000 svenskar varje år.

#### 2.5.7 Vad är (högt) blodtryck?

Enligt SBU (2004) är blodtrycket ett mått på det tryck som blodet, genom hjärtats pumpkraft, utövar på kärlväggen i de stora blodkärlen. Blodtrycket mäts oftast med hjälp av en blodtrycksmanschett. Ett normalt blodtryck bör ligga omkring 120/80 mmHg, dvs. ett systoliskt<sup>10</sup> tryck på 120 mmHg och ett diastoliskt<sup>11</sup> tryck på 80 mmHg.

Enligt WHO:s riktlinjer bör blodtrycket inte överstiga 135/85 mmHg för yngre och 140/90 mmHg för äldre. Även Sverige har idag denna gräns och tittar man på antalet svenskar som ligger över gränsen får man den skrämmande siffran 1,8 miljoner. Detta motsvarar 27 procent av den vuxna befolkningen (SBU, 2004).

#### 2.5.8 Vad är kolesterol?

Kolesterol ingår i cellväggarna och fungerar som isoleringsmaterial runt nervceller och som råvara för kroppens produktion av vissa hormoner t.ex. östrogen och testosteron. Kroppen behöver inte så mycket kolesterol för att fungera. Överskottet lagras i kroppen och leder bl.a. till åderförfettning. 25-35 procent av vårt kolesterol får vi från maten, resten producerar vi själva i levern. Det är i huvudsak inte mängden kolesterol vi äter som påverkar att värdet höjs, utan framför allt mängden mättat fett och LDL som kallas ”det onda kolesterolet”. HDL<sup>12</sup> kallas ”det goda kolesterolet” då det har en skyddande effekt mot hjärtsjukdomar (www.pfizer.se).

---

<sup>10</sup> Trycket varvid hjärtat pumpar ut blodet i kärlen

<sup>11</sup> Trycket varvid blodet återvänder till hjärtat

<sup>12</sup> High Density Lipoprotein

## 2.6 Hur ska man arbeta?

Enligt Britton et al. (2004) kostar fetman Sverige cirka tre miljarder kronor. Sjukvården belastas med två procent av sina kostnader och till detta kommer cirka tre miljarder indirekta kostnader för sjukskrivningar, förtidspensionering och produktionsbortfall. Stroke som bl.a. är en fetmarelaterad sjukdom kostar enligt strokeförbundet (2005) 17 miljarder per år och fetma som redan har uppstått är enligt Britton et al. (2004) svårbehandlad, varför det är angeläget både ur samhällets och ur individens perspektiv att finna effektiva förebyggande åtgärder för att bemästra detta problem.

Strokeförbundet (2005) menar att stroke effektivt kan förebyggas genom att hos friska personer förhindra riskfaktorer som åderförkalkning, högt blodtryck, diabetes och högt kolesterolvärde. Enligt WHO (1986) måste sjukdomsförebyggande insatser förstärkas vid sidan av det traditionella ansvaret att utreda och behandla.

År 2000 presenterades för Sveriges regering ett förslag som innehöll 18 mål för den svenska folkhälsan (SOU, 2000). Regeringen bildade av detta förslag, propositionen ”Nationella mål för folkhälsan” som 2002 överlämnades till riksdagen. Ett särskilt målområde för hälso- och sjukvården hade upprättats. Regeringen menade att:

”Ett sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling.”

(SOU, 2000, s. 91)

Enligt Ljusenius (2001) går högst 20 procent av ohälsan att hänföra till arbetsmiljön medan cirka 50 procent går att hänföra till människors livsstil. I WHO:s Jakartadeklaration (1997) kan man läsa att förebyggande arbete uppfattas allt mer som en väsentlig del av hälsoutvecklingen. Genom att koncentrera de samhälleliga satsningarna på hälsofrämjande aktiviteter garanteras också människorna största möjliga hälsorelaterade nytta av de nyssnämnda satsningarna.

## 2.7 Presentation av företagshälsovårdsföretaget

Det företagshälsovårdsföretag jag studerade, som i fortsatt text kommer att benämnas X-hälsan, grundades 1972 och bedriver företagshälsovård inom arbetsmiljö, hälsa och säkerhet. Verksamheten med idag 50 anställda, har sitt säte i en mellanstor svensk stad. De har cirka 700 kundföretag och ett nätverk med cirka 40 företag som levererar tjänster för X-hälsans räkning till kunder med dotterbolag, butiker och säljkårer i övriga Sverige.

### 2.7.1 Mål och framtidsplaner

På X-hälsans hemsida kan man läsa att deras filosofi är att hela tiden försöka lyfta sitt arbete till högre plan, både kvalitets- och innehållsmässigt. För att lyckas med detta utvecklingsarbete för de bl.a. ständigt en dialog med kunder där varje synpunkt är värdefull. De har även regelbundna avstämningar mellan de olika professionerna för att kartlägga behovet av nya tjänster och vilka samhällstrender som råder. Slutligen försöker de även se till att de har en fördelning av kunskapsmässiga ansvarsområden bland medarbetarna att bevaka. X-hälsans VD skriver på hemsidan:

”Vi breddar fortlöpande vårt tjänsteutbud för att vara en så intressant samtalspartner som möjligt på arbetsmiljöområdet. Vi försöker också hålla ett finger i luften för att försöka vara förekommande och utveckla tjänster som vi bedömer att det kommer att finnas behov av på 1-2 års sikt.”

### 2.7.2 Anställda

De 50 anställda består av en undersköterska, 19 sjuksköterskor, 8 sjukgymnaster, 5 läkare, 2 beteendevetare, 3 arbetsmiljöingenjörer, ½ kvalitetsansvarig och 11 inom administration. Se Bilaga A för en tydligare bild med hjälp av ett organisationsschema.

### 2.7.3 Presentation av X-hälsans kundföretag

De fyra kundföretag som genom intervjuer och enkäter undersöktes är samtliga lokaliserade i samma stad som X-hälsan. Företagen benämns efter typ av sysselsättning på följande sätt i detta arbete:

- ”Företag Transport” består av drygt 200 anställda varav de flesta är lastbilschaufförer.
- ”Företag Kläder” består av knappt 70 anställda som tillverkar och säljer damunderkläder.
- ”Företag Lager” består av drygt 200 anställda som utför lagerarbete.
- ”Företag IT” består av knappt 40 anställda som arbetar med att ta fram IT-lösningar åt företag.

## 2.8 Fallstudier

Svenning (1997) menar att en fallstudie är en undersökning med en eller flera undersökningsenheter som kan undersökas med flertalet insamlingsmetoder såsom djupintervju, deltagarobservationer och dokumentanalys för att nämna några. Undersöker man ett eller ett fåtal undersökningsenheter anser även Denscombe (1998) samt Wiedersheim-Paul och Eriksson (1999) att en fallstudie är den bästa forskningsstrategin. Denscombe (1998) menar att målsättningen är att belysa det generella genom att titta på det enskilda.



## 2.9 Sammanfattning av bakgrund

WHO antog 1946 hälsodefinitionen:

”Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom och handikapp.”

Idag räknas mer än 46 procent av alla svenskar mellan 16 och 84 år som överviktiga (BMI 25-29,9) och cirka 10 procent som feta (BMI >30). Jämfört med för 20 år sedan är detta en 100 procent ökning och både nationella samt internationella studier visar att andelen fortfarande stadigt ökar (SCB, 2007).

Orsakerna till övervikt är många, men den fundamentala basen kan dock sägas utgöras av en obalans mellan energiintag och energiförbrukning (National Research Council, 1989).

Sjöström (1992a) skriver att man kan se ett tydligt samband mellan övervikt och ett stort antal sjukdomar, bl.a. diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar och enligt uppgifter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), kostar fetman Sverige cirka tre miljarder kronor. Sjukvården belastas med två procent av sina kostnader och till detta kommer cirka tre miljarder indirekta kostnader för sjukskrivningar, förtidspensionering och produktionsbortfall. Detta innebär en slutsumma på drygt sex miljarder (Britton et al., 2004). Även arbetsgivarna förlorar alltså stora summor pengar på det höga sjukskrivningsantal som övervikt och fetma direkt och indirekt medför. Vill man som företag minska dessa kostnader krävs det dels att man får ner antalet som redan är överviktiga bland de anställda men framför allt att man arbetar förebyggande eftersom fetma som redan uppstått är svårbehandlad och kostar därmed mer (Britton et al., 2004).

## **3 Syfte**

Det övergripande syftet med denna uppsats är att genom en fallstudie på X-hälsan, diskutera och dra slutsatser kring huruvida företagshälsovården generellt är i behov av mer kompetens inom förebyggande kostarbete.

### **3.1 Frågeställningar**

1. Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete?
2. Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder?

## 4 Metod

I följande kapitel ges en metodredogörelse för mitt tillvägagångssätt vid insamlandet av data. Jag genomförde en fallstudie som grundade sig på kvalitativ datainsamling genom personliga intervjuer och observationer, men även en enkätundersökning som är av kvantitativ art. Jag valde att göra en fallstudie för att ur det enskilda (X-hälsan) kunna diskutera och dra slutsatser kring det generella (företagshälsovården generellt).

### 4.1 Kvalitativ metod

Man kan enligt Seymour (1992) och Wiedersheim-Paul och Eriksson (1999) i ett vetenskapligt arbete använda sig av kvantitativa eller kvalitativa undersökningar. Lindblad (1998) betonar dock att valet kvantitativ eller kvalitativ metod inte behöver stå i motsättning till varandra utan ofta kan komplettera varandra. Trost (1993) skriver att vilken metod som väljs styrs av syftet med studien.

Kvalitativa metoder är lämpliga när kännedomen om forskningsområdet är låg och där de fenomen man avser studera är abstrakta och/eller svårdefinierade. De är också att föredra då syftet med forskningen inte kan uttryckas i kvantitativa termer utan mer handlar om att skapa en förståelse för något fenomen, om känslor eller upplevda behov. Syftet med denna uppsats var att genom en fallstudie, diskutera ifall företagshälsovården i Sverige generellt är i behov av mer kompetens inom förebyggande kostarbete. Detta ser jag som ett abstrakt och svårdefinierat fenomen som till stor del handlar om upplevda behov och tolkningar, varför jag fann de kvalitativa metoderna som mest lämpliga i denna studie.

Wiedersheim-Paul och Eriksson (1999) skriver att de vanligaste formerna av kvalitativa metoder är observation och intervjuer vilka båda finns i ett stort antal varianter. Det finns normalt inte någon anledning till att begränsa sig till en metod utan det kan istället vara en fördel att använda sig av flera olika. Då jag hade flera frågeställningar som skulle besvaras i denna uppsats, valde jag som Lagrosen (1997) menar kan vara en fördel, att använda mig av flera metoder. Enkätundersökningen är kvantitativ och intervjuerna samt observationerna är kvalitativa.

### 4.2 Tillvägagångssätt

#### 4.2.1 Intervjuer

Personliga intervjuer är intervjuer i ansikte-mot-ansiktssituation och valdes då man förutom den muntliga informationen kan få information genom ansiktsuttryck och kroppsspråk (Gustavsson, 2003). Jag intervjuade VD:n på X-hälsan plus VD:ar på fyra av deras kundföretag. Enkäter delades ut bland 80 anställda på kundföretagen och observationer under sammanlagt tio veckor hölls på X-hälsan.

Sammanlagt genomfördes fem intervjuer med fem olika företags (varav ett var X-hälsan) respektive VD (se Bilaga B och C). Wiedersheim-Paul och Eriksson (1999) skriver att ju vagare uppfattning intervjuaren i förväg har om vad som är intressant kunskap att utvinna, desto mer ostrukturerad kommer intervjusituationen att bli. Jag ansåg mig ha god uppfattning

om vilken kunskap som var intressant och ansåg mig därför kunna använda mig av någorlunda strukturerade intervjuer. Detta innebär enligt Winter (1992) att de följer någorlunda samma struktur och har sin utgångspunkt i ett antal på förhand formulerade teman för att undvika ”intervjuareffekten”. Intervjuareffekten handlar om ömsesidiga rollförväntningar, dvs. att man påverkas av varandra att säga saker som man tror att den andra vill höra.

Den första kontakten med VD på respektive kundföretag togs över telefon efter att en lista med kundföretagens telefonnummer erhållits av X-hälsans VD. Över telefon skedde den första presentationen av mig, mitt syfte och min önskan att få komma och hålla en personlig intervju på cirka 20 minuter som i arbetet skulle vara konfidentiell. En VD tackade nej då han skulle på semester nästkommande dag, men de fyra följande företagen tackade ja och tider bokades. Två av dessa låg nästkommande dag, medan de två andra låg ytterligare en dag bort. Intervjuerna skedde på VD:s respektive arbetsplats, vanligtvis i ett konferensrum eller eget arbetsrum och tenderade att bli cirka 20 minuter långa.

Personliga intervjuer valdes då jag ville att både jag och den intervjuade skulle kunna fråga om det var något vi inte förstod samt för att jag skulle kunna se respondentens ansiktsuttryck och kroppsspråk. Den grundläggande intervjustrategin var att få intervjuerna så samtalsliknande som möjligt för att få fram så mycket information, uppfattningar och attityder som möjligt samtidigt som jag försökte följa min förutbestämda struktur. Minnesanteckningar fördes under intervjun för att inte störa den samtalsliknande intervjusituationen men viktiga citat skrevs ner ordagrant. En bandspelare hade underlättat återgivningen av samtalet men kan enligt Trost (1993) även innebära nackdelar som att det är tidskrävande att lyssna igenom banden och att man inte får gesterna och ansiktsuttrycken samtidigt som man lyssnar på banden. Trost menar även att vissa personer blir hämmade av att bli inspelade på band.

Till X-hälsans VD ställde jag frågor angående deras utbildningskompetens inom kostområdet, frågor angående upplevd efterfrågan och behov bland kunder samt om egen upplevelse av nuvarande förmåga att leverera förebyggande tjänster inom detta område. Kundföretagens VD:ar intervjuades på likartat sätt. Jag frågade om vad för förebyggande kostarbete de erhållit från X-hälsan hittills samt frågor angående det upplevda behovet och önskemål om (mer) information inom detta område. Genom mina intervjuer och enkäter ville jag även få fram personliga uppfattningar om kostens betydelse på hälsan och valde därför att lägga till ett par underfrågor, som hur de anser att kosten påverkar fetma, ork och friskhet, då samtliga dessa har med hälsa/ohälsa att göra.

De intervjuade VD:arna benämns i uppsatsen efter typ av sysselsättning – VD Transport, VD Kläder, VD Lager samt VD IT. Jag skriver VD:n när det är bestämd form singular, VD:ar när det är obestämd form plural, VD:arna när det är bestämd form plural och VD:s när det är genitiv.

Jag valde att presentera resultaten kvalitativt i form av en sammanfattande text som visar vad som var intressant, gemensamt samt avvikande bland svaren. Enstaka citat redovisas för att tydliggöra synpunkterna.

#### 4.2.2 Enkäter

Winter (1992) skriver att enkäter lämpar sig bäst när man vill nå fler människor än vad som är möjligt vid intervjuer. Har man klart för sig vad man vill veta och frågorna kan formuleras någorlunda entydigt, är enkäter enligt Winter en bra datainsamlingsmetod. Nackdelar är dock att bortfallet kan bli stort samt att man inte kan kontrollera att frågorna uppfattats korrekt.

Jag ville få svar från många personer för att få en generell bild av önskemål av kostinformation så att jag tillsammans med intervjuerna skulle kunna besvara frågeställning 2. Syftet med enkäterna var klart och jag kände att frågorna kunde formuleras på ett entydigt och förståeligt sätt. Därför valde jag enkätundersökningen som metod.

Sammanlagt 80 enkäter (se Bilaga C) delades ut på de fyra kundföretag som undersöktes. På kundföretagen fanns personer som arbetade med IT-konsultation, administration, i lager samt med transporter. Jag delade ut enkäterna så att de blev jämt fördelade över dessa områden för att få en så tillförlitlig bild av företagens svar som möjligt. Enkäterna hämtades två dagar senare i respektive företags reception. En nackdel är som Winter (1992) antyder att jag inte kan veta ifall frågorna uppfattades korrekt, men då inget avvikande svarsalternativ uppgavs, tror jag att frågorna var rätt uppfattade.

Enkäterna inleddes med en instruktion om hur de skulle fyllas i, lite om syftet samt vem jag är. Total anonymitet garanterades. Svarsalternativen var graderade från 1-5, där  
1= ingen    2= liten    3= lagom    4= stor/mycket    5= väldigt stor/väldigt mycket

Självklart kan det vara svårt att gradera egna uppfattningar kring kvalitativa frågor, men jag anser att man, genom att på varje fråga titta på samtliga 72 svar, kan få en förståelse för uppfattningen bland de anställda. De olika företagen hade alla liknande svar, varför jag valde att presentera resultaten från enkäterna med en helhetsbild, dvs inte varje företag för sig, i form av ett stapeldiagram.

#### 4.2.3 Observationer

Under våren 2005 genomfördes sammanlagt tio veckors deltagande och direkta observationer på X-hälsan. Dels genom praktik, som här kan kallas deltagande observation (Lagrosen, 1997) och dels genom att bara gå omkring och iaktta, sitta med i fikarummet och lyssna m.m. Samtal genomfördes för att samla in en stor del av det empiriska materialet där kvalitativa intervjuer inte kändes nödvändiga.

### 4.3 Urval

Lindblad (1998) skriver att det i mindre studier är en fördel att fundera över urval och avgränsningar så att man får ett så relevant material som möjligt att analysera. Hon menar även att man vid kvalitativa studier gör ett mindre, men ofta mer strategiskt urval än vid kvantitativa metoder. Jag begränsade mig till att undersöka fyra av X-hälsans kundföretag där respektive VD intervjuades och personal fick svara på enkäter.

Malterud (1998) skriver att ett strategiskt urval är sammansatt med målet att materialet ska innehålla adekvata data som, både vad avser djup samt bredd, har en potential att ge relevanta svar på frågeställningarna. X-hälsans VD gav mig en lista över alla kundföretag, cirka 700

stycken. Bland dessa fanns många stora och många mindre företag. Eftersom målet var att materialet skulle innehålla adekvata data som både vad avsåg djup samt bredd hade en potential att ge relevanta svar på problemställningen, valdes två mindre (<70 anställda) och två större (>200 anställda) företag. Nästa steg i urvalsprocessen blev att av praktiska och tidsmässiga skäl, inte ringa företag lokaliserade längre än 5 km bort. Anledningen till att jag inte lät X-hälsans VD själv välja företag var att han medvetet eller omedvetet kunde välja kunder som skulle ge en positiv bild av dem.

#### **4.4 Validitet och reliabilitet**

Enligt Zikmund (2000) anger validitet hur väl mätinstrumentet mäter det som det är avsett att mäta och reliabiliteten visar precisionen i mätningen, dvs. hur tillförlitligt mätinstrumentet är. Dessa begrepp måste värderas på ett delvis annorlunda sätt i studier med kvalitativ inriktning jämfört med kvantitativt inriktade studier. Inom kvalitativ forskning kan man inte skatta tillförlitligheten med siffror. När det gäller validitet kan man, i vissa avseenden, påstå att det är lättare att uppnå en hög sådan i kvalitativt inriktade undersökningar. Detta eftersom man då inte är låst av att forskningsfrågan måste kunna uttryckas i mätbara termer och anpassas för att uppnå tillräcklig reliabilitet. Begreppen validitet och reliabilitet berör enligt Gunnarsson (2002) såväl datainsamling som den efterföljande analysen av insamlade data. Validitet och reliabilitet i studier med kvalitativ inriktning handlar om att kunna beskriva att man har samlat in och bearbetat data på ett systematiskt och hederligt sätt.

Reliabiliteten på min studie är svår att avgöra då den är en kvalitativ sådan. Reliabilitet handlar enligt Zikmund (2000) om precisionen i själva undersökningen, där en vanlig definition är att en annan forskare skulle ha kommit fram till samma resultat om han/hon använt samma metod och samma mätinstrument. Normalt när man arbetar med kvalitativa metoder är det forskaren själv som utgör mätinstrumentet eftersom det är denna som ska tolka och analysera de kvalitativa undersökningsresultaten. I min studie är det alltså jag som är en stor del av mätinstrumentet, så reliabiliteten på arbetet beror således på trovärdigheten hos mig och de metoder jag använt. Denna trovärdighet är det upp till läsaren att bedöma.

Ett sätt att stärka undersökningens trovärdighet är att redovisa intervjumallarna (se Bilaga B och C). Jag anser att trovärdigheten och giltigheten i detta arbete är relativt högt då jag med hjälp av intervjuer och enkäter samt den fria tillgången till studieobjektet, kunnat få en förståelse och bild av hur kompetensen och arbetet inom kostområdet ser ut på X-hälsan. Jag anser mig också genom intervjuer med flera VD och enkätundersökning på de anställda fått en rättvis och korrekt bild av hur kundernas syn på och önskemål av dessa tjänster ser ut. Naturligtvis hade trovärdigheten kunnat ökas ifall mer tid funnits. Då hade fler intervjuer, enkäter och djupare analyser kunnat genomföras. Trovärdigheten när det gäller de generella slutsatserna måste anses mycket lägre.

## 5 Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten från intervjuerna och enkät-undersökningen. Intervjuerna redovisas genom en sammanfattning ifrån mig, enstaka citat presenteras för att synliggöra vissa synpunkter. Enkätundersökningen presenteras som intervjuerna med tillägg av ett stapeldiagram. Som utgångspunkt har jag haft mina frågeställningar, vilka jag väljer att ha som rubriker medan underrubriker hjälper till att hänvisa till vilket ämne svaren i intervjuerna samt enkäterna berör.

Frågeställning 1 – Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete – besvaras genom intervjun med X-hälsans VD.

Frågeställning 2 – Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder – besvaras genom intervjun med kundföretagens VD:ar samt enkätundersökningen.

### 5.1 Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete?

#### 5.1.1 Kompetens inom förebyggande kostarbete

Det finns ingen på X-hälsan som har någon utbildning inom kostvetenskap eller skickats på kurser inom området. VD berättar dock att några av de anställda har ett stort intresse och läst in sig mycket själva samt har en vilja att lära sig mera.

VD:n ger sitt företag betyget 5 på en skala 1-10 när jag frågar vilken kompetens de har inom förebyggande kostarbete. Detta med motiveringen att de har god kunskap om stress och även kunskap om träning och andra faktorer som han menar spelar in i det främjande arbetet.

”Vi är bra, men bara halvvägs. Vi ligger nu på en femma på en skala 1-10, men vi ska stadigt vandra uppåt.”

#### 5.1.2 Kostens betydelse för hälsan

VD:n tycker det är svårt att svara på vilken betydelse kosten har för hälsan, då han menar att kosten inte kan ses enskilt, utan måste ses som en del i ett större sammanhang där även stress, motion m.m. spelar roll. Att kosten hör samman med övervikt och fetma ser han som självklart, men likadant här, för att kunna arbeta framgångsrikt med det måste man se kosten som en del i en helhet. Att endast arbeta med kostfrågor menar han ger begränsade resultat. Den är en del i en helhet men en väldigt viktig del. VD:n ger det mentala stor betydelse;

”Jag tror att allt börjar med det mentala. Är man inte motiverad och mentalt förberedd på en förändring, spelar det ingen roll vad du gör för kostarbete.”

X-hälsan använder sig av en egen definition eller ”vision” av hälsa, som de utgår ifrån i sitt hälsoarbete gentemot företag, vilken är ”totalt välbefinnande”.

”Vår uppgift är att personalen ska må bra på alla plan. Går de omkring med leenden på läpparna, är positiva och nöjda så har vi lyckats.”

### *5.1.3 Erbjudna tjänster inom förebyggande kostarbete*

De tjänster som X-hälsan erbjuder kundföretagen idag är föreläsningar inom grundläggande kostvetenskap vilka hålls av sjuksköterskorna. Detta enbart för de kundföretag som efterfrågar det. Sjuksköterskorna utgår då från en pärm med kostinformation i form av overhead som de själva skapat. De kör emellanåt ”viktgrupper” som en sjuksköterska och läkare håller i. Detta för att medicinering används samtidigt som sjuksköterskan ger grundläggande kostrådgivning. Kravet för att delta i en viktgrupp är att man har ett BMI>30.

### *5.1.4 Behov av mer kompetens*

VD:n säger sig märka både ett klart ökat behov och efterfrågan hos kundföretagen, dels genom förfrågningar och dels genom direkta önskemål om projektarbeten.

”Detta är verkligen något som kommer allt starkare nu, företagen vill ha nåt nytt.”

VD:n berättar att de är i behov av en bred kompetens inom kost- och hälsoområdet. Det ska vara en som behärskar mer än kosten då han inte tror att kostarbete enskilt leder till några långsiktiga resultat. Planen är att man ska arbeta med långsiktiga projekt i företag där kosten är en viktig del men att man även arbetar med motivation och diskuterar livsstil.

”Jag har bestämt mig för att nästa tjänst jag tillsätter ska vara en person med hög kompetens inom kost- och friskvårdsfrågor och som vet hur man kan arbeta främjande med detta.”

X-hälsans VD säger sig vara medveten om att det förebyggande hälsoarbetet där kostarbetet är en stor del, kommer allt starkare och inte kommer att försvinna men påpekar att det gäller att inte köra för hårt på det här ”nya” heller. Det är viktigt att inte glömma bort det andra. Organisationskonflikter kan fortfarande finnas kvar, anställda kommer att behöva massage och rehabilitering och arbetsmiljöarbetet måste fortgå osv.

”Det kan det vara farligt att i nya förhandlingar endast gå ut med det här nya, men självklart vore det en oerhörd tillgång att kunna erbjuda detta också.”

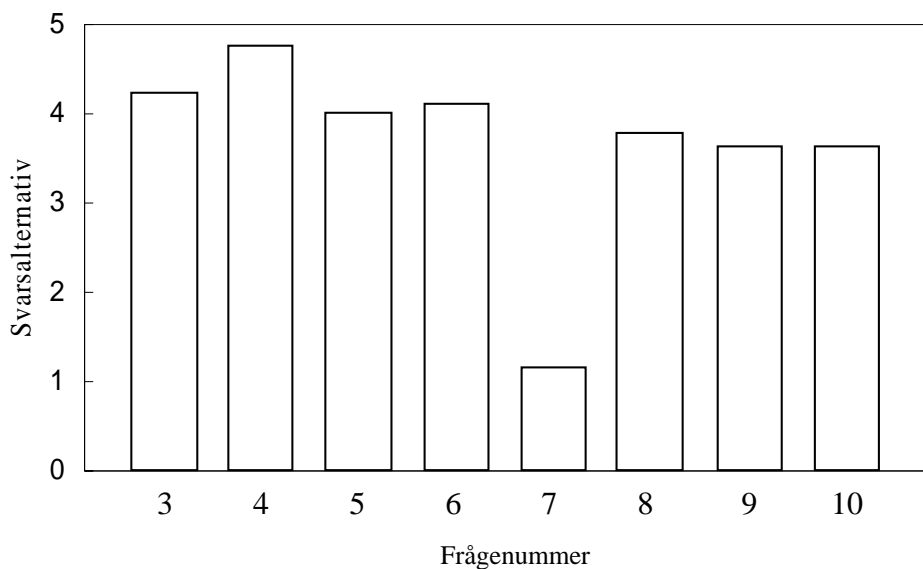


## 5.2 Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder?

72 stycken (90 procent) av de 80 enkäter som delades ut på kundföretagen besvarades varav 50 (69 procent) av kvinnor och 22 (31 procent) av män. 64 stycken (89 procent) var 31 år eller äldre. Svaren varierade inte efter ålder varför jag valt att inte redovisa ålderskategorierna var för sig.

Fråga 3-10 handlade om den egna upplevelsen/uppfattningen kring vissa frågor där svarsalternativen var graderade från 1-5, där 1= ingen, 2= liten, 3= lagom, 4= stor/mycket, 5= väldigt stor/väldigt mycket. Resultatet som är ett medelvärde<sup>13</sup> av alla svar redovisas i form av ett stapeldiagram.

Diagram 1. Medelvärde över kundanställdas värdering av enkätfrågor



3. Vilken betydelse anser du kosten har för *hälsan* om man med hälsa menar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande?
4. Vilken betydelse anser du kosten har för *övervikt och fetma*?
5. Vilken betydelse anser du kosten har för att hålla dig *frisk*?
6. Vilken betydelse anser du kosten har för din egen *ork*?
7. Hur mycket förebyggande kostarbete upplever du att ni fått från er företagshälsovård?
8. Hur anser du behovet vara för *ditt företag* av (mer) förebyggande kostarbete?
9. Hur anser du *ditt eget* behov vara av detta?
10. Hur är ditt intresse av att själv delta i någon form av information inom detta område ifall ditt företag erbjuder detta?

<sup>13</sup> Medelvärdet räknas ut genom att dividera summan av svarsalternativ, med antal svar. T.ex.  $(4+3+2+4)/4=3,25$

### 5.2.1 Kostens betydelse för hälsan

Samtliga av kundföretagens VD:ar anser att kosten har stor betydelse för hälsan, när jag med hälsa menade både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Samtliga menar dock också att det är svårt att värdera hur stor roll just kosten spelar, då den måste sättas i kombination med andra faktorer såsom motion och mentalt välbefinnande. ”Man kan inte få helheten att fungera om någon av delarna fattas”, sa VD Transport och ritade följande modell för att förklara hur han såg på problemet:



Figur 3. VD Transports ”hälsomodell”

Bland de anställda på kundföretagen blev resultatet liknande. Enkätundersökningen visar att de uppfattar kostens betydelse för hälsan (medelvärde 4,3), övervikten, orken (medelvärde 4,2) och friskheten, som ”stor” till ”väldigt stor”. Ett fåtal kryssade i ”lagom”. Högst samband anser de kosten ha med övervikten där medelvärdet blev 4,8. Något mindre betydelse ansåg de kosten ha på vår friskhet, medelvärde 4,0. Ingen hade angett lägre betydelse än ”lagom” på någon av dessa frågor.

### 5.2.2 Upplevt behov av förebyggande kostarbete

Åsikterna gick isär något när vi pratade om hur det upplevda behovet av förebyggande och främjande kostarbete såg ut bland deras anställda.

VD Transport ansåg att behovet var stort och kommer att växa ifall inget görs. Han säger också att de undersökt hur önskemålen bland de anställda ser ut och menar att de skiljer sig väldigt.

”Vissa menar att sånt här arbete är väldigt viktigt och motiverande, medan andra tycker att man inte ska lägga sig i deras sätt att leva.”

Även VD Lager upplevde behovet som väldigt stort och att det alltid kommer att vara det och kanske till och med bli större. Samtidigt berättade han att han inte märkt några särskilda önskemål bland de anställda om något kostarbete, men att detta nog berodde på att det aldrig diskuterats. Ifall det skulle diskuteras trodde han att ett stort intresse skulle visas.

VD IT menade att han upplevde det som att de anställda var nöjda utan något kostarbete då de själva lyckades ta eget ansvar. Han sa också att det finns så mycket information redan och menade att det kunde bli för mycket

”Det är på löpsedlar var och varannan dag - ´gå ner 8 kilo på 5 veckor´ osv. Till slut blir man.....mått!”

VD Kläder berättade att de har en "extremt" låg sjukfrånvaro och kanske därför aldrig funderat så mycket på vad som behöver göras. När han tänker efter inser han dock att det förebyggande arbetet ska förhindra att sjukfrånvaron kommer att öka eller till och med göra att den minskar och menar då att behovet nog kan vara stort ändå.

Enkätundersökningen visar att de anställda i snitt har ett stort behov av förebyggande kostarbete, både för egen del och för företagets del. Svaren varierade dock från "inget behov" till "våldigt stort behov", men medelvärdet hamnade på 3,9. Alla som angav att de själva inte hade något behov menade att företaget hade ett större behov.

### *5.2.3 Erbjudna tjänster kring förebyggande kostarbete från X-hälsan*

Samtliga VD:ar berättade att X-hälsan aldrig erbjudit något förebyggande kostarbete eller frågat ifall intresse av detta finns.

VD Transport säger att det förebyggande hälsoarbete som de gör med X-hälsan endast handlar om det ergonomiska arbetet för att förebygga värk i axlar, nacke, armar och rygg m.m. Annars handlar det mest om rehabilitering.

VD Lager säger att han tycker att X-hälsan brister i denna fråga då han anser att det inte finns något som tyder på en förebyggande eller främjande inställning till hälsoarbetet hos dem.

VD Kläder menar att det är lite märkligt att kosten, som ändå spelar en stor roll inte ägnas någon tid från X-hälsans håll. Även här handlar arbetet med X-hälsan främst om rehabilitering, ergonomi och sjukgymnastik. VD:n kommer på att det för två år sedan genomfördes hälsoundersökningar och hälsoprofilsbedömningar, men säger att inget arbetades vidare med kosten efter det.

VD IT berättar att X-hälsan hos dem arbetar med arbetsmiljöfrågor och "företagshälsovård". När jag ber honom förtydliga vad han menar med företagshälsovård säger han: "De traditionella provtagningarna och hälsoundersökningarna". Han säger också att de trivs med detta och att det fungerar bra.

Enkätundersökningen visar att de anställda tycker att de blivit erbjudna nästan inga tjänster inom detta område. Medelvärde 1,3.

### *5.2.4 Intresse av förebyggande kostarbete*

Två VD:ar säger sig vara väldigt intresserade av förebyggande kostarbete och har hittat andra företag än X-hälsan som erbjuder detta. En VD är inte alls intresserad medan den fjärde VD:n säger sig vara intresserad ifall ett bra koncept diskuteras fram.

VD Transport berättar att de med hjälp av ett annat företag inledde ett hälsoprojekt med början av 2004 som förlöper 2005 ut. Projektet inleddes med hälsoundersökningar samt hälsoprofilsbedömningar och efter detta sattes personliga mål upp. För att de personliga målen ska uppnås har kostrådgivningar, motionstävlingar samt en tvådagarskurs om kost och hälsa för alla anställda erbjudits. Efter 2005 ska resultaten följas upp.

VD Lager återkommer igen till att han är missnöjd med X-hälsans "traditionella" sätt att arbeta med hälsa. Han berättar att de tidigare hade ett fullt avtal med dem, men att de nu

minskat detta till hälften just för att de "tröttnat" på den företagshälsovård som X-hälsan bedriver.

"Det är bara rehabilitering, botande och tester. Vi får reda på testvärden.....och? Vi kommer liksom inte framåt."

VD Lagers stora intresse av det förebyggande och främjande arbetet ledde fram till att han istället skrev avtal med "Spirit" som han menar är ett företag som framhåller det förebyggande och främjande och arbetar med friskvård istället för sjukvård.

VD IT säger att de aldrig anlitat tjänster som berört kosten, men att de subventionerar träningskort och att detta nog räcker då många av de anställda redan är aktiva i olika föreningar där de tränar.

"Dock tror jag att detta är något som kommer väldigt starkt och säkert är väldigt bra för andra företag."

VD Kläder menar att de säkert vore intresserade ifall frågan om denna typ av tjänst hade diskuterats och ett bra koncept diskuterats fram.

Enkätundersökningen visar att mer än hälften av dem som svarade var mycket intresserade av att delta i någon form av förebyggande kostarbete. Knappt tio stycken var inte alls intresserade. Medelvärde 3,7.

## 6 Diskussion

I detta kapitel förs fem diskussioner. Den första kring den litteraturstudie jag genomförde och vilka källor som användes. Den andra handlar om metoderna jag valde – var de bra, fick de fram resultat som gjorde att jag kunde besvara mina frågeställningar? Den tredje diskussionen handlar just om resultatet och om det ledde fram till svar på mina frågeställningar. Den fjärde diskussionen handlar om ifall företagshälsovården generellt är i behov av mer kompetens inom förebyggande kostarbete, vilket var syftet med uppsatsen. Allra sist förs en kort diskussion om vad jag tycker vore bra att forska vidare inom.

### 6.1 Källdiskussion

Den litteraturstudie jag inledde mitt arbete med, gav mig en stor teoretisk plattform att stå på. Dock känner jag att samtliga teorier pekade åt samma håll, nämligen att förebyggande hälsoarbete är viktigt och att kosten spelar en stor roll i hälsoarbete. För att få in andra perspektiv borde jag ha letat på andra bibliotek än Göteborgs Universitet och Borås högskola.

Vissa källor var inte av vetenskaplig natur, t.ex. Ljusenius och Rydqvists bok ”Friskt ledarskap: Ledarskap ur ett hälsoperspektiv” (2001). Dessa författare är ändå er- och välkända inom det område denna uppsats behandlar. Men man kan genom att titta på deras ställning, ifrågasätta deras resultat. Ljusenius är samhälls- och beteendevetare och numera egen konsult. Han har lång erfarenhet som utbildningsledare med ansvar för chefsutbildning. Lars-Göran Rydqvist är idrottslärare och ansvarig för friskvårdsutbildningen hos Riksidrottsförbundet. Detta gör att jag misstänker att de påverkas av sina värderingar om och inställning till friskvården när de genomför sina studier. Detta skulle påverka reliabiliteten i detta arbete, men då detta är något jag beaktade och tog hänsyn till i mina reflektioner, samt att flera andra vetenskapliga källor visade likvärdiga resultat tror jag inte detta är fallet.

### 6.2 Metoddiskussion

Eftersom denna uppsats är ett relativt litet forskningsarbete samt ett kvalitativt sådant, gjordes ett litet, men strategiskt urval. Jag valde att endast studera en företagshälsovård, men denna desto djupare. Att jag valde just X-hälsan beror på att den är så stor – de ansvarar för företagshälsovården på över 700 kundföretag. Detta gjorde det möjligt för mig att diskutera ev. generella slutsatser. Självklart känner jag dock att mer tillförlitliga slutsatser hade kunnat dras ifall fler än en företagshälsovård hade studerats.

Med något bättre planering hade även ett mer strategiskt urval av X-hälsans kunder kunnat göras. Pga. tidsbrist fick jag koncentrera mig på företag som låg nära avståndsmässigt sett.

Hade tid funnits hade jag även kunnat besöka företagen och ansikte mot ansikte förklarat mitt syfte och bokat tid för intervju. Detta såg jag dock som tidsödande då VD på företag kan vara svår att få tag på. Därför valdes telefonförfarandet vid bokandet av intervjuerna. Att det bara var en VD som tackade nej gjorde förloppet enkelt för mig. Jag tror att anledningen till att nästkommande fyra uppringda VD:ar sa ja, var att de fann ämnet intressant och aktuellt.

Samtliga intervjuer blev samtalsliknande och bestod av ett givande och tagande. Jag var dock den styrande i form av att jag valde när och vilken fråga som skulle ställas. Den förformulerade strukturen hölls någorlunda. Självklart kunde inte intervjuerna jämföras exakt då det handlade om kvalitativa intervjuer. Vissa personer gav längre svar som täckte in flera frågor, varför frågeordningen skiljde sig något. Det kan ha varit så att mina intervjupersoner till viss del kände att de ville vara mig till lags och svara det de trodde jag ville höra. Eftersom jag var medveten om detta problem försökte jag studera ansiktsuttryck och kroppsspråk vilket hjälpte mig i min tolkning.

För att undvika att påverka den intervjuade ytterligare valde jag att inte använda bandspelare utan bara göra minnesanteckningar där minnesvärda citat dock skrevs ner ordagrant. En bandspelare skulle kunna ha tolkats som att jag kontrollerade och förhörde istället för att bara försöka få en uppfattning om deras upplevelser, inställningar och behov m.m. En nackdel är att jag i min resultatredovisning inte kan redovisa fullgoda citat i den utsträckning som hade kunnat göras ifall jag bandat intervjuerna. Efter varje intervju skrevs allt ner mer noggrant efter vad jag kom ihåg utifrån minnesanteckningarna. Hade jag vetat då vad jag vet nu, hade jag trots riskerna, valt att använda bandspelare då jag tycker fördelarna väger tyngre än nackdelarna.

Det finns en risk att min goda förkunskap om kost- och friskvårdsarbetet innebar en viss risk till att jag hörde det jag ville höra och att jag därmed ofrivilligt styrde arbetet i viss riktning. Men då jag var medveten om problemet, försökte jag så gott det gick undvika detta. Enligt Alvesson och Sköldbberg (1994, s. 321) handlar det om (själv-) reflektion i forskningsprocessen vilket innebär att: "...fundera kring förutsättningarna för sin aktivitet, att undersöka hur personlig och intellektuell involvering påverkar interaktionen med vad som beforskas."

72 av 80 av de utdelade enkäterna besvarades, vilket jag ser som ett lågt bortfall. Detta berodde kanske på att jag personligen delade ut enkäterna och bad att få komma och hämta dem två dagar senare. Hade jag bett dem skicka svaren till mig tror jag bortfallet hade blivit större. Även här tror jag att ett stort intresse av ämnet kan ha påverkat det höga svarsantalet.

Viktigt att nämna angående denna studie är att jag upplever mitt ämne som något "känsligt". Enligt Abrahamsson et al. (2006) finns det ofta en risk att intervjupersoner uppger sig ha bättre kostvanor än de i själva verket har. Detta kan ske dels medvetet då man vill verka i bättre dager än man själv tycker sig vara, dels omedvetet genom att man inte vet om att man faktiskt har dåliga kostvanor och därmed egentligen är i behov av råd. Denna uppfattning kan påverka svaren angående önskad kostinformation vilket skulle påverka trovärdigheten för denna studie. Jag anser mig dock genom min kännedom om risken för detta kunnat minimera detta problem. Jag upplever att informanterna var avslappnade i intervjusituationen och svarade öppenlydigt och ärligt på frågorna. Vid enkätundersökningen kunde jag dock inte tyda ärligheten i svaren, vilket är en nackdel med enkäter. För att minimera risken för oärliga och styrda svar, gjordes en notering om garanterad anonymitet och en formulering av frågorna till så enkla och entydiga som möjligt. Därmed anser jag materialet som trovärdigt.

Svarsalternativen var graderade från 1-5 där 3 var "lagom". Denna formulering kan anses otydlig eftersom det är ett subjektivt begrepp. Då jag var ute efter just den subjektiva upplevelsen hos respondenterna så tycker jag att denna formulering fungerar här. Jag var inte ute efter att t.ex. ta reda på exakt hur mycket kostinformation de fick, utan hur mycket de själva tyckte att de fick. Enkätundersökningen skulle ge mig svaret på min andra

frågeställning, nämligen hur efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ser ut bland X-hälsans kunder och detta tycker jag att jag fick.

Jag känner att observationerna på X-hälsan ökade min förståelse och kunskap om organisationen samt om medarbetarnas kunskap och sätt att arbeta med kostfrågor. Dessutom fick jag precis som Lagrosen (1997) skriver, en djupare uppfattning om de anställdas attityder till området.

## 6.3 Resultatdiskussion

### 6.3.1 Hur ser X-hälsans kompetens och verksamhet ut när det gäller förebyggande kostarbete?

Under samtal med anställda på X-hälsan framkom att ingen hade någon utbildning i kostvetenskap. Detta är anmärkningsvärt. Både X-hälsan och de kundföretag jag undersökte var ju överens om kostens betydelse för en god hälsa, fetma, ork och friskhet. Även inom forskningen är det väl erkänt att kosten påverkar fetma och att fetma i sin tur leder till sjukdomar och dödlighet (Sjöström, 1992a, 1992b) som kostar samhället ofantliga summor. Britton et al (2004) menar att endast fetman kostar drygt 3 miljarder i direkta och sedan ytterligare 3 miljarder i indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, sjukpenning etc.

Lägger man till kostnader för stroke som är av de fetmarelaterade sjukdomarna, kommer vi upp i drygt 20 miljarder per år. Trots detta finns alltså ingen ordentlig kompetens inom kostområdet.

X-hälsans VD betonar att de har bättre kunskaper inom fysisk aktivitet och stress och genom att vissa själva har läst in sig och är intresserade av kost menar han att de har idag har en förmåga att arbeta förebyggande och främjande som han uppskattar till betyget fem på tiogradig skala.

Visst spelar fysisk aktivitet och stress m.m. en stor roll i det förebyggande arbetet, men i helhetssynen spelar ju synen på kost också en stor roll.

Tittar vi på organisationsschemat (Bilaga A) ser vi att de anställda består av en undersköterska, 19 sjuksköterskor, 8 sjukgymnaster, 5 läkare, 2 beteendevetare, 3 arbetsmiljöingenjörer, ½ kvalitetsansvarig och 11 inom administration. Bara genom att titta på detta organisationsschema tycker jag att man får uppfattningen att det rör sig mer om sjukvård och rehabilitering än friskvård som främjande och förebyggande arbete.

När jag frågade X-hälsans VD vilken definition av hälsa de utgick ifrån i sitt hälsoarbete blev svaret att de inte utgick från begreppen ”frisk” och ”sjuk” utan strävade efter ”totalt välbefinnande”

Tittar man på deras sätt att arbeta hade man dock kunnat tro att de tillämpar sig av Winroth och Rydqvist hälsokorsmodell (2003) där de ser på hälsa som just frisk och sjuk. De sysslar idag framför allt med rehabiliteringsarbete om man får tro på vad kundföretagen uppger och organisationsschemat visar. Det kan handla om massage, sjukgymnastik, att träffa en beteendevetare eller läkare etc. Framför allt i rehabiliterande syfte, men i viss mån kan de också anses vara förebyggande. För övrigt arbetar de även med arbetsmiljö och hälso-

undersökningar. Ändå menar många att rehabiliterande hälsovård är hälsoekonomiskt olönsamt. Britton et al. (2004) skriver att fetma som redan uppstått är svårbehandlad, varför det både ur samhällets och ur individens perspektiv är angeläget att finna effektiva förebyggande åtgärder för att bemästra detta problem.

Som Ljusenius (2001) skriver går högst 20 procent av ohälsan att hänföra till arbetsmiljön medan cirka 50 procent främst går att hänföra till människors livsstil. Därför är det svårt att förstå att man på officiellt håll liksom på X-hälsan lägger så starkt fokus på arbetsmiljöfrågor, samtidigt som man knappast ens noterar den ohälsa som uppstår som följd av felaktiga kostvanor.

På X-hälsans hemsida läser jag om deras mål och framtidsplaner. Där står att:

”Vi breddar fortlöpande vårt tjänsteutbud för att vara en så intressant samtalspartner som möjligt på arbetsmiljöområdet. Vi försöker också hålla ett finger i luften för att försöka vara förekommande och utveckla tjänster som vi bedömer att det kommer att finnas behov av på 1-2 års sikt.”

Det kan knappast råda något tvivel om att kostarbete som är förebyggande mot t.ex. fetma, kommer att behövas i minst 2 år till. Enligt SCB (2007) har det skett en 100 procentig ökning av antalet överviktiga och feta i landet under de senaste 20 åren och att antalet bara fortsätter att öka.

Redan 1986, alltså för nästan 20 år sedan, fastslog WHO (1986) att hälsofrämjande samt sjukdomsförebyggande insatser måste förstärkas vid sidan av det traditionella ansvaret att utreda. För åtta år sedan formades WHO:s Jakartadeklaration (1997) där man kan läsa att hälsofrämjande allt mer uppfattas som en väsentlig del av hälsoutvecklingen. Regeringen (SOU, 2000) menade att: ”Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling.”

Om X-hälsan ständigt försöker ”hålla ett finger i luften” för att försöka vara förekommande och utveckla tjänster som de bedömer kommer ”finnas behov av på 1-2 års sikt”, hur kommer det sig då att X-hälsan än idag inte utövar det främjande hälsoarbetet och har så dålig kompetens inom kostområdet?

Efter intervju och tidigare samtal med X-hälsans VD är jag av säker uppfattning att han har en genomtänkt syn på hur man på ett förebyggande eller främjande sätt skulle kunna arbeta med kosten som en del av flera. Han betonar liksom de andra att kosten måste sättas i sitt sammanhang för att ett framgångsrikt arbete ska kunna genomföras. Att han var insatt och hade funderat mycket kring detta sätt att arbeta var dock inte förvånande. Hela hans arbete handlar om att bedriva hälsovård på ett effektivt och lönsamt sätt och han måste såklart därför följa med i vad som händer inom detta område.

Det som X-hälsan erbjuder när det handlar om kost, dock bara till de kunder som efterfrågar det, är föreläsningar i grundläggande kostvetenskap. X-hälsan borde visa framfötterna mer här och arbeta för att kundföretagen ska förstå den hälsomässiga samt ekonomiska vinst som finns att vinna ifall man satsar på det främjande arbetet med kosten som en stor del.

Det andra som erbjöds var ”viktgrupper” som en sjuksköterska och en läkare håller i. Kravet för att vara med här var dock att man har ett BMI > 30. Återigen, detta kan knappast ses som ett förebyggande eller främjande sätt att arbeta med kosten, då skadan ju redan är skedd här.



### 6.3.2 Hur ser efterfrågan och det upplevda behovet av förebyggande kostarbete ut bland X-hälsans kunder?

Något som förvånade mig var den helhetssyn på hälsa som samtliga VD på de företag jag undersökte lyckades formulera. Jag hade från början inga som helst förväntningar på att de skulle ha kunskap och förmåga att formulera välgrundade tankar om hälsa och hur man kan arbeta förebyggande med kost etc., utan tänkte nog fördomsfullt att de mest hade koll på siffror och ekonomi. I efterhand inser jag att hälsoarbetet såklart är en viktig fråga för alla VD då sjukskrivningar innebär höga kostnader för företaget och att de därför måste följa med i utvecklingen.

Alla menade att hälsan påverkas av många faktorer, men att kosten är en viktig del i det hela. Samtidigt uppgav de att de aldrig blivit tillfrågade ifall de är intresserade av kostarbete i någon form. Att tre av två tyckte att detta var märkligt och nästan dåligt, borde vara en varningsklocka för X-hälsan.

X-hälsans VD var införstådd med att de var i behov av mer kompetens inom området. Dock menade han att man inte får köra för hårt på det här nya heller. Jag tror att tiden är redo att börja satsa nu, sen tycker jag nog inte att det är så ”nytt” längre då andelen överviktiga och feta i landet enligt SCB (2007) har ökat stadigt de senaste 20 åren. Tre av fyra av de kundföretag jag undersökte var ju i alla fall intresserade och ansåg att behovet helt klart fanns där. Detta sa VD:n själv också – att han hade märkt både ett ökat behov och en ökad efterfrågan. Att svaren från de anställda varierade från ”inget behov” till ”mycket stort behov” känns inte så märkligt då det så klart är så att alla inte är i lika stort behov. Dock hade det varit intressant att undersöka vilka som svarade att de inte hade något behov. En misstanke är att det var just de som är i störst behov som svarade detta. Anledningen kan vara förnekelse eller att de som Abrahamsson et al. (2006) skriver, helt enkelt saknar kunskap om vad hälsosam kost är och att de därför inte vet om att de själva äter ohälsosamt.

### 6.4 Har företagshälsovården generellt behov av mer kompetens inom förebyggande kostarbete?

Att behovet av kostråd till allmänheten idag är stort är lätt att förstå genom att titta på det antal som idag lider av övervikt och fetma i Sverige – enligt SCB (2007) hela 46 procent av befolkningen mellan 16 och 84 år. Att sätta in hjälpen när skadan, t.ex. hjärtinfarkten väl skett, är både ekonomiskt och humanitärt oförsvarbart om man lyssnar till Britton et al. (2004). Att rehabilitera kostar mycket mer än att hålla anställda friska och detta är något som fler och fler arbetsgivare fått upp ögonen för.

Min studie visar att X-hälsan som specialiserat sig på företagshälsovård, idag framför allt arbetar med rehabilitering. De sätter in hjälpen när skadan är skedd. Inget negativt riktat till X-hälsan för detta, de ger ju bara företagen det de tidigare efterfrågat. Men studien visar även att kundföretagen idag allt mer efterfrågar mer förebyggande och främjande arbete och här har X-hälsan en del kvar att utvecklas inom. När det gäller kosten, som var huvudfaktorn i studien, fattas mycket kompetens. Framför allt när det gäller hur man kan arbeta förebyggande och främjande med detta. Det kostarbete som X-hälsan idag utför, handlar mest om viktprojekt och där får endast personer med BMI >30 delta. Detta är alltså ett tydligt exempel på ”rehabilitering”, det vill säga en hjälp när skadan väl är skedd och detta är som

sagt mycket dyrare ifall man arbetat med att förhindra att personerna kommit till detta tillstånd.

Då efterfrågan på kostinformation, i främjande och förebyggande syfte, visades vara så stort och X-hälsans förmåga att svara upp mot denna efterfrågan idag visades vara så låg, blir min bedömning att de i allra högsta grad är i behov av mer kompetens inom detta område.

Att kunna dra slutsatser för hur det generellt ser ut på företagshälsovården är som sagt svårt eftersom jag endast studerat en företagshälsovård. Men då min uppsats visar att till och med X-hälsan, som är en väldigt stor företagshälsovård med 50 anställda och över 700 kundföretag, är i stort behov av mer kompetens inom området förebyggande kostarbete, drar jag med försiktighet slutsatsen att även företagshälsovården generellt är i behov av detta.

## **6.5 Förslag till vidare forskning**

Något som behöver forskas vidare inom är den hälsoekonomiska aspekten på hälsofrämjande arbete. Det vill säga, konkreta siffror på vad man skulle kunna tjäna på att sätta in främjande arbete istället för att hoppa över det och endast erbjuda sjukvård och rehabilitering.

Jag saknade även empirisk forskning om anledningen till att många företag inte har någon företagshälsovård där kostinformation och kostarbete ingår, då detta ju bevisligen har stor betydelse för ohälsa och det höga sjukskrivningsantalet. Beror det på att man för ut informationen om fördelarna med främjande hälsoarbete allt för dåligt? Kan det handla om tröghet i systemet eller kanske ett motstånd till förändring?

## 7 Referenser

- Abrahamsson, L. et al. (2006). *Näringslära för högskolan*. Liber AB, Stockholm
- Alberti, K.G.M.M. & Zimmet, P.Z. (1998). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complication Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, Provisional Report of a WHO Consultation Diabetic Medicine 1998;15, s. 539
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion, vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Stockholm
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur, Lund
- Björntorp, P. (1990). "Portal" adipose tissue as a generator of risk factors for cardiovascular disease and diabetes. *Arteriosclerosis* 1990;10, s. 493-496
- Britton, M., Östman, J. & Ränzlöv, E. et al. (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 173
- Denscombe, M. (1998). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur, Lund.
- Gunnarsson, R. (2002). *Validitet och reliabilitet*.  
Hämtat från: <<http://www.infovoice.se/fou/bok/10000035.htm>> Publicerat: 2002-03-13.  
Hämtat: 2005-05-21
- Gustavsson, B. (2003). *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur, Lund.
- Jacobsen, L. & Lindgren, B. (1996). *Vad kostar sjukdomarna? Sjukvårdskostnader och produktionsbortfall fördelat på sjukdomsgrupper 1981 och 1991*. Socialstyrelsen, 1996.
- Khare, M., Everhar, J. E., Maurer, K.R. & Hill, M. C. (1995). *Association of ethnicity and body mass index with gallstone disease in the United States*. *American Journal of Epidemiology*, 141, s. 69
- Lagrosen, S. (1997). *Kvalitetsstyrning i skolan*. Akademitryck AB, Edsbruk
- Larsson, B., Björntorp, P., & Tibblin, G. (1981). *The health consequences of moderate obesity*. *International Journal of Obesity*, 5, s. 97-116
- Lindblad, I-B. (1998). *Uppsatsarbete – en kreativ process*. Studentlitteratur, Lund
- Ljusenius, T. & Rydqvist, L-G. (2001). *Friskt ledarskap: Ledarskap ur ett hälsoperspektiv*. s. 27. Prevent, Stockholm,
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur, Lund
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteratur studie*. Studentlitteratur, Lund

- Menckel, E. et al. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm
- NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute). Obesity Education Initiative Expert Panel. (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults; The Evidence Report*. MD: NHLBI, Bethesda
- National Research Council. Committee on Diet and Health. (1989). *Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. National Academy Press, Washington DC
- Nordenfelt, L. (1995). *Om holistiska hälsoteorier*. Liber, Stockholm
- Prather, R. C. & Williamson, D. A. (1988). *Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity*. International Journal of Eating Disorders, 7, s. 177-184
- Prentice, A. M. & Jebb, S. A. (1995). *Obesity in Britain: gluttony or sloth?* British Medical Journal, 311, s. 437-443
- Rydén, L. (1999). *Diabetes mellitus och insulin-/glukosinfusion vid akut hjärtinfarkt*. Dnr S-06:99
- SBU-rapport (2004). *Måttligt förhöjt blodtryck*. SBU-rapport nr 170/1, 2004
- SCB-rapport (2003). *Hjärtinfarkter 1987-2000*. Artikelnr 2003-42-4. Hämtat från: <<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1778/2003-42-4.htm>> Publicerat: 2003. Hämtat: 2005-05-15
- SCB (2007). *Kraftig ökning av fetma i Sverige 1988-89 – 2002-03*. Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Hämtat från: [http://www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_\\_\\_47936.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart____47936.asp). Publicerat: 2007. Hämtat: 2007-05-03
- Seymour, D. T. (1992). *Marknadsundersökningar med kvalitativa metoder*. IHM, Göteborg
- Sjöström, L. (1992a). *Morbidity of severely obese subjects*. American Journal of Clinical Nutrition, 55 (suppl. 2), s. 508-515
- Sjöström, L. (1992b). *Mortality of severely obese subjects*. American Journal of Clinical Nutrition, 55 (suppl. 2), s. 516-523
- Socialstyrelsen (1992) *Hjärt-kärlsjukdom – en epidemiologisk översikt av omfattning, orsaker och förebyggande arbete*. SoS-rapport, s.15 Hämtat från: <<http://www.sos.se/FULLTEXT/111/2001-111-1/kap5.htm#Hjärt-kärlsjukdomar>> Publicerat: 2001. Hämtat: 2005-04-21
- SOU (1999). *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. s. 137. Socialdepartementet, Stockholm

SOU (2000). *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. s. 91.  
Socialstyrelsen, Stockholm

Strokeförbundet (2005). Hämtat från: <[www.strokeforbundet.org](http://www.strokeforbundet.org)>  
Publicerat: 2005. Hämtat: 2005-04-10

Svenning, C. (1997). *Metodboken*. Eslöv, Lorenz

Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur, Lund

Wiedersheim-Paul, F. & Eriksson, L. (1999). *Att utreda, forska och rapportera*.  
Liber Ekonomi, Malmö

Winroth, J. & Rydqvist, L. (2003). *Idrott, Friskvård, Hälsa & Hälsopromotion*.  
SISU Idrottsböcker. Holmbergs i Malmö AB

Winter, J. (1992). *Problemformulering, undersökning, rapport*.  
Almquist & Wiksell, Stockholm

[http://www.pfizer.se/templates/InformationTypePage\\_\\_\\_\\_2759.aspx](http://www.pfizer.se/templates/InformationTypePage____2759.aspx). *Om kolesterol*.  
Publicerat: 2005. Hämtat: 2005-05-05

WHO (1946). *WHO:s definition av hälsa*.  
Hämtat från: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>  
Publicerat: 2007. Hämtat: 2007-05-09

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.  
Hämtat från: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>  
Publicerat: 2007. Hämtat: 2007-05-09

WHO (1997). *Den fjärde internationella kongressen om hälsofrämjande: Jakarta Declaration– Leading Health Promotion into the 21st Century*.  
Hämtat från: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf)>  
Publicerat: 2007. Hämtat: 2007-05-09

WHO (2000). *Workshop on obesity prevention and control strategies in the pacific*.  
Hämtat från: <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/B14585F7-D9D8-4E91-A202-F11FF4ED564F/0/Obesityreport.pdf>> s. 16. Publicerat: 2000. Hämtat 2007-05-02

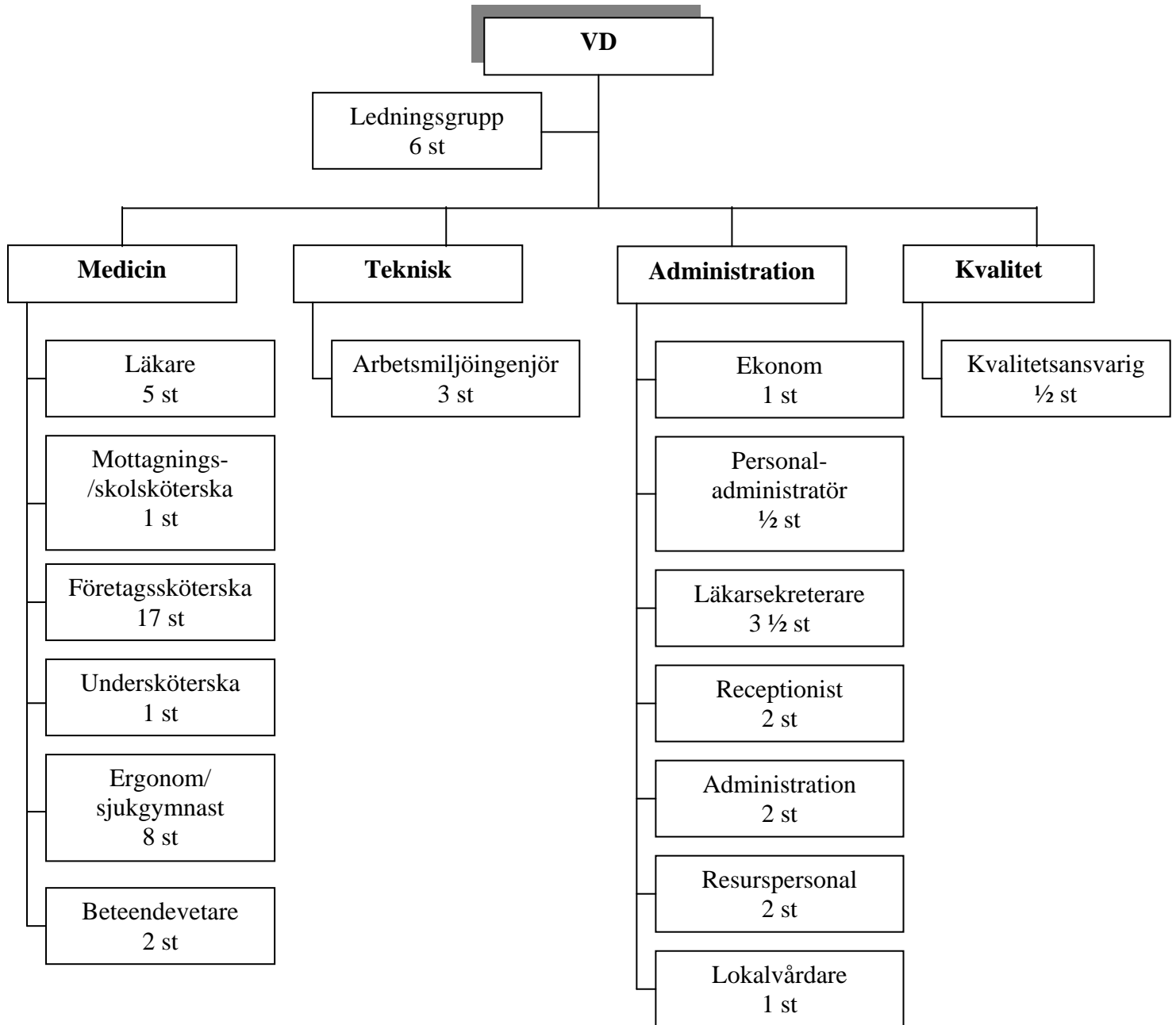
WHO (2002). *The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life*.  
Hämtat från: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)> s.16  
Publicerat: 2007. Hämtat: 2007-05-09

Zikmund, W.G. (2000). *Business research methods*. (6<sup>th</sup> ed). Harcourt, Orlando

Åberg, H. (2002). *Bonniers läkarbok*. Albert Bonnier, Stockholm



**X-hälsans organisationsschema**



### Intervjumall

#### Intervju med VD X-hälsan

1. Vilken *definition av hälsa* utgår ni ifrån i ert hälsoarbete med företag?
2. Vilken betydelse anser du kosten har för *hälsan* om man med hälsa menar både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande? (Dvs. hur tycker du kosten påverkar det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet?)
3. Vilken betydelse anser du kosten har för *övervikt och fetma*?
4. Vilken betydelse anser du kosten har för att hålla dig *frisk*?
5. Vilken *kompetens inom kostvetenskap* anser du att ni har idag?
6. Vilken *kompetens inom förebyggande eller främjande kostarbete* anser du att ni har idag?
7. Vilka tjänster inom detta område *erbjuder* ni era kunder?
8. Hur upplever du att *behovet* av sådana tjänster ser ut hos era kundföretag?
9. Hur upplever du att *efterfrågan* av sådana tjänster ser ut hos era kundföretag?
10. Hur upplever du *X-hälsans behov* av en mer kompetens inom förebyggande eller främjande kostarbete vara?
11. Finns det något mer du vill tillägga?



### Intervjumall

#### Intervju med VD på X-hälsans kundföretag

Intervjun inleds med en presentation av mig och bakgrund och syfte till min intervju. Anonymitet garanteras. Ett par frågor om verksamheten och antal anställda ställs.

1. Vilken betydelse anser du kosten har för *hälsan* om jag med hälsa menar både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande? (Dvs. hur tycker du kosten påverkar det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet?)
2. Vilken betydelse anser du kosten har för *övervikt och fetma*?
3. Vilken betydelse anser du kosten har för att hålla dig *frisk*?
4. Vilken betydelse anser du kosten har för din *ork*?
5. Hur upplever du att *behovet* av förebyggande eller främjande kostarbete ser ut bland era anställda?
6. Hur upplever du att *önskemålen* av denna typ av kostarbete ser ut bland era anställda?
7. Har ni någon gång *blivit erbjudna* denna typ av kostarbete av X-hälsan?
8. Har ni erbjudit era anställda denna typ av kostarbete *från annat håll* än X-hälsan?
9. Är ni *intresserade* av (fler) tjänster inom detta område?
10. På vilket sätt skulle sådana tjänster kunna se ut för att passa er?
11. Finns det något mer du vill tillägga?

## Enkätundersökning

Denna enkät ska utgöra en del av informationsunderlaget till en C-uppsats i kostvetenskap på Göteborgs Universitet. Du som person kommer att vara anonym.

Svarsalternativen på fråga 3-10 är graderade från 1-5, ringa in det som du tycker stämmer bäst på det du själv tycker.

1 = ingen    2 = liten    3 = lagom    4 = stor/mycket    5 = väldigt stor/väldigt mycket

---

- |     |                                                                                                                            |       |   |       |     |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|-------|-----|
| 1.  | Kön:                                                                                                                       | kvinn |   | man   |     |
| 2.  | Ålder:                                                                                                                     | -30   |   | 31-43 | 44- |
| 3.  | Vilken betydelse anser du kosten har för <i>hälsan</i> om man med hälsa menar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande? |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 4.  | Vilken betydelse anser du kosten har för <i>övervikt och fetma</i> ?                                                       |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 5.  | Vilken betydelse anser du kosten har för att hålla dig <i>frisk</i> ?                                                      |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 6.  | Vilken betydelse anser du kosten har för din egen <i>ork</i> ?                                                             |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 7.  | Hur mycket förebyggande kostarbete upplever du att ni fått från er företagshälsovård?                                      |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 7.  | Hur anser du behovet vara för <i>ditt företag</i> av (mer) förebyggande kostarbete?                                        |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 9.  | Hur anser du <i>ditt eget</i> behov vara av detta?                                                                         |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |
| 10. | Hur är ditt intresse av att själv delta i någon form av information inom detta område ifall ditt företag erbjuder detta?   |       |   |       |     |
|     | 1                                                                                                                          | 2     | 3 | 4     | 5   |

11. Har du något övrigt att tillägga?

---

---

---

---

Tack för din medverkan!  
Mvh Camilla Axelsson