



Frisk- och Riskfaktorer för sjukfrånvaro i arbetslivet

-En kvantitativ tvärsnittsstudie på arbetande vuxna

Hampus Landin & Karolina Andersson

Sammanfattning

Syfte & Frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka förhållandet mellan parametrarna: Träning och vardagsmotion, Psykisk hälsa och Arbetsmiljö i relation till sjukfrånvaro. Utöver detta fanns ett sekundärt syfte i att kunna ge en grov riktning för organisationer om prioriteringen av insatser för att minska sjukfrånvaro.

1. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer av rapporterad mängd träning och vardagsmotion? 2. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad stress och psykisk hälsa? 3. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad kvalité på arbetsmiljö?

Metod

Studien baserades på data insamlad från 312 personer genom en enkätundersökning som omfattade frågor om mängd styrketräning, konditionsträning och vardagsmotion samt frågebatterier för att undersöka den psykiska hälsan och den upplevda arbetsmiljön. Även sjukfrånvaro efterfrågades i “antal dagar det senaste året” och “antal tillfällen det senaste året”. Analyser har genomförts genom binomial logistisk regression genom dikotomiseringar av respektive beroende variabel. Dikotomiseringarna har gjorts på flera index som omfattar de olika exponeringarna och utfallen. Resultaten beskrevs genom oddskvoter (OR) med en signifikansnivå på 95%.

Resultat

Minskad risk för sjukdagar men inte för tillfällen sågs för Index för Träning & Vardagsmotion med 41,3% ($p=0,046$). Minskad risk för sjukdomstillfällen men inte för dagar sågs för Styrketräning med 45,4% ($p=0,013$). Minskad risk för både dagar och tillfällen såg för Konditionsträning med 47,3% lägre ($p=0,016$) /39,3% ($p=0,037$, Arbetsmiljö med 41,4 % ($p=0,047$) / 51,6% ($p=0,003$) och Psykisk hälsa med 48,6% ($p=0,015$) / 38,1% ($p=0,046$). För Vardagsmotion sågs ingen minskad risk för vare sig dagar eller tillfällen.

Slutsats

Arbetsmiljö, psykisk hälsa och konditionsträning har betydelse för mängden sjukfrånvaro i samtliga utfall, medan styrketräning endast har en signifikant oddskvot på antal tillfällen (frekvens) sjukfrånvaro uppstått. Vardagsmotion verkar inte ha någon skyddande effekt mot sjukfrånvaro.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	
1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.2 Syfte & Frågeställningar.....	4
2. Metod.....	4
2.1 Urval.....	4
2.2 Mätmetod.....	5
2.3 Huvudvariabler.....	6
2.3.1 Träning och vardagsmotion.....	6
2.3.2 Styrketräning.....	6
2.3.3 Konditionsträning.....	7
2.3.4 Vardagsmotion.....	7
2.3.5 Träning och vardagsmotion Index.....	8
2.3.6 Psykisk hälsa.....	8
2.3.7 Psykisk hälsotillstånd.....	8
2.3.8 Sömn.....	9
2.3.9 Stress.....	9
2.3.10 Psykisk hälsa index.....	10
2.3.11 Arbetsmiljö.....	10
2.3.12 Sjukfrånvaro.....	10
2.3.13 Frekvens.....	11
2.3.14 Antal dagar.....	11
2.4 Kontrollvariabler.....	12
2.4.1 Ålder.....	12
2.4.2 Utbildningsnivå.....	12
2.4.3 Civilstånd.....	12
2.4.4 Rökning.....	13
2.5 Övriga variabler.....	13
2.5.1 Allmänt hälsotillstånd.....	13
2.5.2 Kön.....	13
2.6 Validitet och reliabilitet.....	13
2.7 Statistisk bearbetning.....	14
3. Resultat.....	15
4. Diskussion.....	22
4.1 Träning, vardagsmotion och sjukfrånvaro.....	22
4.2 Psykisk hälsa och sjukfrånvaro.....	23

4.3 Arbetsmiljö och sjukfrånvaro.....	23
4.4 Förhållandet mellan träning & vardagsmotion, psykisk hälsa och arbetsmiljö.....	24
4.5 Färdriktning för hälsopromotiva insatser på företag.....	25
5. Slutsats.....	25
5.1 Styrkor och svagheter.....	25
6. Käll- och litteraturförteckning.....	27
Bilaga 1. Käll- och Litteratursökning.....	31
Bilaga 2. Informationsblad och Enkät.....	32

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Kostnaden för det svenska samhället till följd av sjukskrivningar (>14 dagar), beräknades uppgå till 65 miljarder kronor för år 2020 (Skandia, 2020). I denna kostnad är inte korttidsfrånvaro (<14 dagar) inräknat. Utöver kostnaden för samhället tillkommer kostnaden för individen som förlorad ersättning, oro för framtida karriär, samt smärta och påfrestning som sjukdomen medför (Sieurin et al, 2009). Under 2020 var över 680 000 personer sjukskrivna med ersättning från Försäkringskassan och kvinnor är överrepresenterade bland dessa (Försäkringskassan, 2021a). Från Statistiska centralbyråns sammanställning över sjukfrånvaron (<14 dagar) går att utläsa att merparten av sjukfallen varade fem dagar eller kortare (SCB, 2021). I studier gjorda på kommunalt och statligt anställda i Sverige har man sett en ökad risk för att bli långtidssjukskriven till följd av mental ohälsa vid upprepade korttidsfrånvaro som översteg tre tillfällen alternativt åtta dagar på ett år (Sumanen et al, 2017). Orsaken bakom de sjukpenninggrundande sjukskrivningarna förklaras till 50% av psykiska sjukdomar där personer under 40 år dominerar. Bland de sjukskrivna över 40 år ökar istället sjukdomar kopplade till rörelseapparaten (Försäkringskassan, 2021b). Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) beräknade i sin rapport från 2013 att kostnaden för det svenska samhället till följd av den psykiska ohälsan uppgår till cirka 70 miljarder per år i Sverige, då utgifter för socialförsäkring, sjukvård samt förlorad produktivitet för arbetsgivare räknas samman (OECD 2013).

I ett dokument framtagen av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten (Fohm), och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) beskriver de psykisk ohälsa som ett begrepp innefattande två separata delar, nämligen psykiska besvär samt psykiatriska tillstånd. Uppdelningen dem emellan är beroende av om kraven för psykiatrisk diagnos uppfylls eller inte (Socialstyrelsen, Fohm & SKR, 2020). Den psykiska ohälsan har flera påverkansfaktorer som bland annat utbildning, kön, socioekonomi och födelse-land. Detta medför en ojämn fördelning av psykisk ohälsa där kvinnor, lägre utbildningsgrad och personer födda utanför Sverige är överrepresenterade (Fohm, 2021a).

I tidigare studier har visats att stress är associerat med en ökning av antal dagar frånvarande från arbetet till följd av sjukdom. Resultaten visade på signifikanta ökningarna i risk för ökad sjukfrånvaro vid självrapporterad hög stress. (Jacobson, 1996)

Sömnpå problem har tidigare visats vara associerat med både lång, medellång och kort sjukfrånvaro. Effekten kan ses både hos grupper med ofta förekommande sömnpå problem såväl som mer sporadiska sömnpå problem. (Rahkonen, 2012)

Folkhälsomyndigheten (Fohm, 2020) beskriver arbetet som en viktig plats för att förebygga ohälsa. Riskfaktorer för ohälsa kopplade till arbetsplatsen är psykiskt ansträngande arbete, en obalans mellan krav och egenkontroll samt en obalans mellan ansträngning och belöning. De nämner även friskfaktorer som att känna delaktighet, förtroende, eller att ha gemensamma mål på arbetet. Arbetsmiljöverket (AV) menar att en hälsosam och välmående arbetsplats strävar efter en balans mellan de krav och resurser som finns tillgängliga på arbetsplatsen. Höga krav är inte skadliga i sig om de balanseras upp av resurser. Om balansen däremot rubbas mellan dessa två parametrar kan detta leda till att arbetsbelastningen blir för hög och skapar stress hos medarbetarna (Arbetsmiljöverket, 2020). I begreppet arbetsmiljö innefattas allt som påverkar vår arbetssituation och delas ofta upp i tre separata delar. Fysisk arbetsmiljö, Digital arbetsmiljö samt Organisatorisk och Social arbetsmiljö (Suntarbetsliv, 2021). Fohm tar i ett av de fem folkhälsopolitiska målområdena upp att en förutsättning för ett bra arbetsliv är en arbetsmiljö som är hållbar både ur ett fysiskt och psykosocialt perspektiv (Fohm, 2021b).

En god kardiorespiratorisk förmåga (syreupptagning) är associerat med minskad risk för flertalet folkhälsosjukdomar som bland annat metabola syndromet (Myers et al, 2019) och individer med låg estimerad syreupptagning har en högre risk att avlida under perioden efter mätningen (Ekblom-Bak et al, 2019a). Det har även visat sig att en högre syreupptagning har samband med lägre risk att drabbas av allvarlig Covid-19 samt lägre risk att insjukna i övriga infektionssjukdomar (Ekblom-Bak et al, 2021). I studier gjorda på en grupp arbetsföra personer har man kunnat se lägre värden på syreupptagning vid senare mätningar jämfört med tidigare. Skillnaden är större hos yngre och bland män (Väisänen et al, 2021; Ekblom-Bak et al, 2019b). En individs syreupptagningen är en förmåga med flera bakomliggande faktorer, som till exempel gener, kön och ålder mm. En ytterligare faktor till syreupptagning hos en individ är fysisk aktivitet, vilket är ett beteende och därmed också påverkansbar (Zeiger et al, 2019). Begreppet fysisk aktivitet används övergripande för att beskriva ett komplext beteende ur ett

fysiologiskt perspektiv. Definitionen av fysisk aktivitet är enligt WHO (2020) all kroppsrörelse producerad av skelettmuskler som innebär energiförbrukning över vilonivåer. För att förstå effekten som fysisk aktivitet har på hälsan är det viktigt att särskilja på olika typer och nivåer. Begreppet aerob fysisk aktivitet, beskriver ur ett fysiologiskt perspektiv den typ av aktivitet som i första hand använder syrekrävande processer. För vidare förståelse delas den aeroba fysiska aktiviteten upp utifrån intensitet till exempel utifrån upplevd ansträngning (Borg, G., 1982) där en måttlig intensitet motsvarar en märkbar pulsökning och påverkan på andningen. En hög intensitet ger istället en pulsökning nära max och med stor påverkan på andningen. En annan typ av fysisk aktivitet är styrketräning vars syfte är att utveckla alternativt bibehålla den muskulära styrkan och påverka muskelmassan i kroppen (ACSM, 2018). Att fysisk aktivitet har ett negativt samband med förekomsten av flera sjukdomstillstånd som till exempel diabetes typ 2 och högt blodtryck och är påvisat (Snowling et al, 2006; Cornelissen et al, 2013) vilket används inom hälso- och sjukvården som komplement till traditionell behandling genom exempelvis Fysisk aktivitet på recept (FaR).

Självrapporterad frånvaro från arbetet och uppmätt syreupptagning har visat på färre antal sjukdagar vid högre nivåer av syreupptagning (Drake et al, 2020). Sambandet mellan syreupptagning och sjukdagar är dock lite undersökt. Detta kan bero på att sjukfrånvaro är multifaktoriellt samt att det är svårt att få korrekt data på korttidsfrånvaro. En spontan ökning från låga till högre nivåer av fysisk aktivitet på medel till hög intensitet, har visat kunna minska risken till både kort- och lång sjukfrånvaro, jämfört med stillasittande kontrollgrupper (Lahti et al., 2012). Det har även visats ett svagt negativt samband mellan högre nivåer av självrapporterad fysisk aktivitet på fritiden och frånvaro på arbetet (Bogaert et al., 2014).

Med bakgrund av den stora kostnaden sjukfrånvaron medför samt möjliga associationer med olika nivåer av fysisk aktivitet, psykisk hälsa samt arbetsmiljö, kommer denna studie förhoppningsvis kunna bidra med en pusselbit för yrkesverksamma inom området folkhälsa.

1.2 Syfte & Frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka förhållandet mellan parametrarna: Träning och vardagsmotion, Psykisk hälsa och Arbetsmiljö i relation till sjukfrånvaro. Vi ämnade att studera vuxna individer i arbetslivet för att se om skillnader finns i sjukfrånvaro mellan grupper som rapporterar olika nivåer av dessa parametrar. Utöver detta ville vi, om skillnader mellan grupperna kan identifieras, även studera hur storleken på dessa varierar. Detta med målsättning att kunna bidra med färdriktning gentemot arbetsgivare vilka hälsopromotiva initiativ som är mest effektiva.

Utifrån detta syfte formulerades följande frågeställningar:

- 1. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer av rapporterad mängd träning och vardagsmotion?*
- 2. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad stress och psykisk hälsa?*
- 3. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad kvalitet på arbetsmiljö?*

Hypotes: I grupper med högre mängd av självrapporterad träning och vardagsmotion, högre rapporterad psykisk hälsa samt bättre upplevd arbetsmiljö rapporteras även lägre nivåer av sjukfrånvaro (tillfällen och antal dagar).

2. Metod

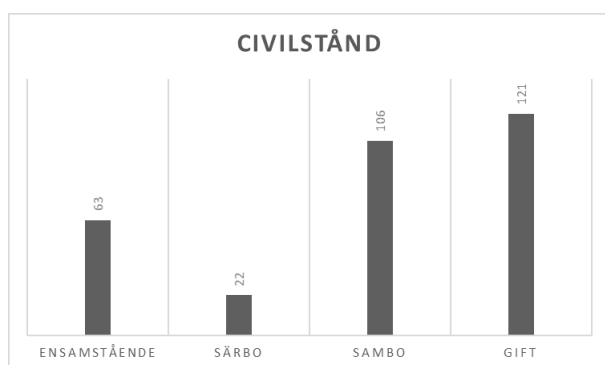
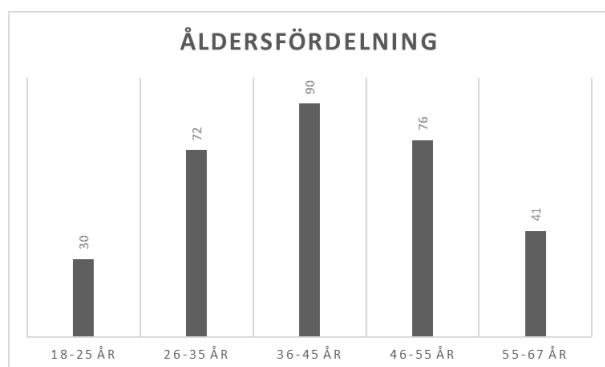
2.1 Urval

Kriterier för deltagande i studien var vuxna individer (18–67 år) med en anställning som omfattar minst 50%. Inklusionskriterierna syftade till att möjliggöra ett stort deltagarantal (n=312). Då syftet var att undersöka sjukfrånvaro hos arbetsföra individer med viss exponering på en arbetsplats så sattes den lägsta nivån av sysselsättningsgrad till 50%. Deltagare rekryterades framförallt från företag, organisationer samt personer i det egna kontaktnätet.

Tabell 1. Deskriptiv data urval

	<u>Totalt</u> <u>n=312</u>
År (m ± SD)	42 ± 11,2
Eftergymnasial utbildning (%)***	64.
Ickerökare (%)	91.
Kvinnor n = 74 (%)	68.
Anställningstid ≤1år (%)	19.
Chefsbefattning (%)	24.
Gift/Sambo (%)	72.
Allmänt hälsotillstånd (%)****	79.
Träning & Vardagsmotion index (%)****	52.
Psykisk hälsa index (%)****	55.
Arbetsmiljö index (%)****	52.

*** = Högskola, universitet eller högre akademisk utbildning. **** = ≥ median



Tabell 1.

Visar fördelningen i populationen i % utifrån vissa utvalda variabler.

Diagram 1.

Visar åldersfördelningen i populationen fördelat i fem olika ålderskategorier.

* 3 deltagare uppgav ej ålder

Diagram 2.

Visar fördelningen i populationen för civiltillstånd utifrån de fyra valbara alternativen.

2.2 Mätmetod

Kvantitativ tvärsnittsstudie med syfte är att besvara frågeställningarna genom en enkätundersökning hos arbetstagare i Sverige. Datainsamlingen utfördes genom en digital enkätundersökning (**Bilaga 2**) om 38 frågor som innefattar bakgrundsinformation om deltagarna, fysiskt och psykiskt välmående, självskattad träning och vardagsmotion, arbetsmiljö samt sjukfrånvaro. Frågorna syftade till att jämföra subgrupper inom undersökningen med varandra genom att göra variansanalys mellan den självskattade träningen och vardagsmotionen, sjukfrånvaron samt den upplevda psykiska hälsan och arbetsmiljön.

2.3 Huvudvariabler

De huvudvariabler vi vill undersöka är träning och vardagsmotion, psykisk hälsa och arbetsmiljö. Träning och vardagsmotion består av frågor kopplade till begreppen styrketräning, konditionsträning och vardagsmotion. Variabeln psykisk hälsa är kopplat till frågor gällande psykiskt hälsotillstånd, sömn och stress. I variabeln arbetsmiljö inkluderas frågor rörande kravkontroll, mål och ledarskap bland annat.

2.3.1 Träning & vardagsmotion

Begreppet fysisk aktivitet används övergripande för att beskriva ett komplext beteende ur ett fysiologiskt perspektiv. Definitionen av fysisk aktivitet är enligt WHO (2020) all kroppsrörelse producerad av skelettmuskler som innebär energiförbrukning. I denna studie har vi valt att studera tre olika typer av fysisk aktivitet med tre separata frågor samt index på dessa.

2.3.2 Styrketräning

Fråga nr 6 - Styrketräning

“Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt STYRKETRÄNING”

(Svarsalternativ: 1.) 0 min, 2.) Mindre än 30 min, 3.) Upp till 60 min, 4.) Upp till 90 min, 5.) Upp till 120 minuter, 6.) Upp till, 150 minuter, 7.) Över 150 minuter)

Styrketräning är en form av fysisk aktivitet där syftet är att bibehålla och stärka den muskulära styrkan samt öka alternativt bibehålla muskelmassa (Mattsson et al., 2017).

Frågan om styrketräning värderas genom en skala 1–7 enligt ovan. Den har dikotomiserats i alternativen låg och hög. Alternativ låg motsvarar svarsalternativ 1–2 (47,3%) vilket innebär styrketräning från 0 till 29 minuter i veckan. Alternativ hög motsvarar svarsalternativ 3-7 (52,7%) vilket innebär styrketräning från 30 till mer än 150 minuter per vecka. Det görs för att grupperingarna av observationer skall vara tillräckligt stora samt kunna analyseras genom binomial logistisk regression.

2.3.3 Konditionsträning

Fråga nr 7 - Pulshöjande Träning

“Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt fysisk PULSHÖJANDE TRÄNING som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

(Svarsalternativ: 1.) 0 minuter/ ingen tid, 2.) Mindre än 30 minuter, 3.) 30–59 minuter, 4.) 60–89 minuter, 5.) 90–120 minuter, 6.) > 120 minuter)

För att undersöka konditionsträning i studien utgår vi från FYSS definition som lyder “All aerob fysisk aktivitet som utförs i strukturerad form i syfte att öka eller bibehålla konditionen” (ACSM, 2018). Frågan om konditionsträning värderas genom en skala 1–6 enligt ovan. Den har dikotomiserats i alternativen låg och hög. Alternativ låg motsvarar svarsalternativ 1–3 (51,8%) vilket innebär konditionsträning från 0 till 59 minuter i veckan. Alternativ hög motsvarar svarsalternativ 4–6 (48,2%) vilket innebär konditionsträning från 60 till mer än 120 minuter per vecka. Det görs för att grupperingarna av observationer skall vara tillräckligt stora samt kunna analyseras genom binomial logistisk regression.

2.3.4 Vardagsmotion

Fråga nr 8 - Vardagsmotion

“Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt VARDAGSMOTION, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)”

(Svarsalternativ: 1.) 0 minuter/ ingen tid, 2.) Mindre än 30 minuter, 3.) 30–59 minuter, 4.) 60–89 minuter, 5.) 90–149 minuter, 6.) 150–300 minuter, 7.) > 300 minuter)

Vardagsmotion har ingen tydlig fysiologisk definition utan vi utgår från definitionen för aerob fysisk aktivitet på låg intensitet (Mattsson et al., 2017). Frågan om vardagsmotion värderas genom en skala 1–7 enligt ovan. Den har dikotomiserats i alternativen låg och hög. Alternativ låg motsvarar svarsalternativ 1–5 (55,9%) vilket innebär vardagsmotion från 0 till 149 minuter i veckan. Alternativ hög motsvarar svarsalternativ 6–7 (44,1%) vilket innebär vardagsmotion från 150 till mer än 300 minuter per vecka. Det görs för att grupperingarna av observationer skall vara tillräckligt stora samt kunna analyseras genom binomial logistisk regression.

2.3.5 Träning och vardagsmotion Index

Mängden träning och vardagsmotion räknas ihop till ett index genom att skalorna på respektive fråga (Styrketräning, konditionsträning och vardagsmotion) bildar en skala som omfattar 3-20 från svarsalternativen på de tre frågorna.

Detta index har även dikotomiserats baserat på populationens median för att kunna analyseras genom binomial logistisk regression. De dikotoma grupperna benämns "hög träning och vardagsmotion" respektive "låg träning och vardagsmotion".

2.3.6 Psykisk hälsa

Begreppet Psykisk hälsa definieras av Fohm, Socialstyrelsen och SKR som ett samlingsnamn vilket innehåller de två motpolerna psykiskt välbefinnande samt psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, Fohm & SKR, 2020). För att mäta den psykisk hälsan i vår population inkluderade vi frågor med underkategorierna "Psykisk hälsotillstånd", "Sömn" samt "Stress" för att täcka flera delar av det som påverkar den allmänna psykiska hälsan.

2.3.7 Psykiskt hälsotillstånd

Fråga nr 13 - Psykisk hälsotillstånd

"Hur är ditt allmänna psykiska hälsotillstånd?"

(Svarsalternativ: 1.) Mycket dåligt, 2.) Dåligt, 3.) Inte särskilt bra, 4.) Godtagbart, 5.) Bra, 6.) Mycket bra

Psykiskt hälsotillstånd nyttjas i enkätundersökningen som en mer specifik variabel och används inom ramen för definitionen "Psykisk hälsa". Den omfattar de mer generella frågorna om psykisk hälsa och som inte ingår i begreppen "sömn" eller "stress". I en studie om psykisk ohälsa eller sjukdom visar det sig att kvinnor som uppger att de lider av psykiska hälsoproblem har fler sjukdagar totalt, är sjukfrånvarande vid fler tillfällen samt har längre frånvaro vid varje tillfälle. (Savikko, 2001)

2.3.8 Sömn

Fråga nr 15, 16, 17 & 18 - Sömn

“Svårigheter att somna, Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om, För tidigt uppvaknande, Störd/orolig sömn?”

(Svarsalternativ: 1.) Aldrig/sällan (någon/några ggr/år), 2.) Ibland (flera ggr/månad), 3.) Ofta (1–2 ggr/vecka), 4.) För det mesta (3–4 ggr/vecka), 5.) Alltid (5 ggr eller mer/vecka)

Sömn ingår i den psykiska hälsan enligt vår definition då sömnproblem tidigare visats vara associerat med både lång, medellång och kort sjukfrånvaro. Denna effekt kan ses både hos grupper med ofta förekommande sömnproblem såväl som mer sporadiska sömnproblem. (Rahkonen, 2012)

2.3.9 Stress

Fråga 12, 26 & 27 - Stress

“Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös eller orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden. Har du känt en sådan stress de senaste veckorna?”

(Svarsalternativ: 1.) Mer sällan eller aldrig, 2.) Någon gång i månaden, 3.) En gång i veckan, 4.) Flera gånger i veckan, 5.) Varje dag)

“Hur ofta känner du stress som kan hänföras till ditt förvärvsarbete?”

(Svarsalternativ: 1–5 där 1 = Mycket sällan och 5 = Mycket ofta)

“Hur ofta känner du stress som kan härledas till dina göromål utanför ditt förvärvsarbete?”

(Svarsalternativ: 1–5 där 1 = Mycket sällan och 5 = Mycket ofta)

Även stress inkluderas i samlingsbegreppet “Psykisk hälsa” då stress har visat sig vara associerat med ökat antal dagar sjukfrånvaro i tidigare studier där det visats sig ha signifikanta ökningar i risk för ökad sjukfrånvaro vid självrapporterad hög stress. (Jacobson, 1996)

2.3.10 Psykisk hälsa index

Nivåerna av psykisk hälsa räknas ihop till ett index genom att skalorna på respektive fråga bildar en skala som omfattar 10–54 från svarsalternativen på de tio (10) frågorna som avhandlar psykisk hälsa i stort, stress samt sömn.

Detta index har även dikotomiserats baserat på populationens median för att kunna analyseras genom binomial logistisk regression. De dikotoma grupperna benämns “Psykisk hälsa högt index” respektive “Psykisk hälsa låg index”.

2.3.11 Arbetsmiljö

Arbetsmiljön innefattar allt som påverkar vår arbetssituation och delas ofta upp i tre separata delar, fysisk arbetsmiljö, digital arbetsmiljö samt organisatorisk och social arbetsmiljö (Suntarbetsliv, 2021). För att mäta den upplevda arbetsmiljön i vår population inkluderades 13 frågor kopplade till bland annat till krav och kontroll, målsättning samt egenkontroll för att fånga upp både riskfaktorer samt friskfaktorer på arbetsplatsen (Fohm, 2020).

Nivåerna av upplevd arbetsmiljö räknas ihop till ett index genom att skalorna på respektive fråga bildar en skala som omfattar 13–65 från svarsalternativen på de 13 frågorna som avhandlar arbetsmiljö.

Detta index har även dikotomiserats baserat på populationens median för att kunna analyseras genom binomial logistisk regression. De dikotoma grupperna benämns “God arbetsmiljö” respektive “Sämre arbetsmiljö”.

2.3.12 Sjukfrånvaro

Nivån av sjukfrånvaro i populationen mättes genom två frågor. Självrapporterad sjukfrånvaro, både gällande varaktighet samt frekvens har en generellt god samstämmighet med objektiva data (Ferrie et al, 2005).

Syftet med att dela upp sjukfrånvaro i dessa två frågor är att man funnit att dessa två mått skiljer sig eftersom de beror på olika saker. Det som främst avgör hur ofta (frekvens) man är sjukfrånvarande har visat sig vara individuella faktorer såsom attityd gentemot sjukfrånvaro, personligt välbefinnande och arbetsplatsens atmosfär. Durationen (dagar) däremot verkar

snarare ha en koppling till upplevd hälsa, psykosociala klagomål, fysiska begränsningar och socioekonomi. (Beemsterboer, 2009)

De båda sjukfrånvaroparametrarna efterfrågades i enkäten genom följande frågor:

2.2.13 Frekvens

Fråga 19 - *Frekvens*

"Hur många GÅNGER har du varit hemma på grund av sjukdom under de senaste 12 månaderna?"

(Svarsalternativen var: "aldrig", "en gång", "2–5 gånger", "6–10 gånger" och "fler än 11 gånger".)

Frekvensen av sjukfrånvaro dikotomiserades i undergrupperna med 0–1 tillfällen och ≥ 2 tillfällen under senaste 12-månadersperioden. Dikotom uppdelning gjordes utifrån att alternativ 1–2 (1) motsvarade cirka halva populationen (58,2%).

2.2.14 Antal dagar

Fråga 20 - Antal dagar

"Hur många DAGAR har du varit hemma från jobbet på grund av sjukdom under de senaste 12 månaderna?"

(Svarsalternativen var "Inte alls", "1–7", "8–30", "31–90" och "91 dagar eller mer")

Varaktigheten på sjukfrånvaron dikotomiserades i undergruppen med 0 sjukdagar och en eller fler sjukdagar under senaste 12-månadersperioden. Alternativ 1 (inga dagar) uppgår till 28,6% vilket i sig har en klinisk diskrepans där nästa alternativ (2–5) innebar frånvaro på grund av sjukdom vid något tillfälle.

2.4 Kontrollvariabler

Den statistiska analysen innehåller justering av resultatet utifrån olika bakgrundsvariabler som ålder, utbildningsnivå, civiltillstånd samt variabeln rökning.

2.4.1 Ålder

Kontinuerlig variabel mellan 18–67 år.

2.4.2 Utbildningsnivå

Fråga 4 - Utbildningsnivå

”Vilken är din högsta avslutade Skolutbildning?”

(Svarsalternativen var: Grundskola = 1, Gymnasieskola = 2, Universitet/Högskola = 3, Högre akademisk utbildning = 4)

Tidigare studier har visat att det finns ett samband mellan utbildningsnivå och huruvida man uppger att man ägnar sig åt motion där mer högutbildade personer motionerar i högre grad än de med lägre utbildning. (Ekblom-Bak et al., 2011)

2.4.3 Civilstånd

Fråga 5 - Civilstatus

“Civilstatus?”

(Svarsalternativen var: Ensamstående = 1, Särbo = 2, Sambo = 3, Gift = 4)

Civilstånd har visats ha samband med flera beteenden såsom rökning, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion där man i de fallen man inte är gift i större utsträckning röker, ägnar sig åt mindre fysisk aktivitet och har en högre alkoholkonsumtion. Dessutom visar man på högre grad av flera negativa hälsoutfall såsom högre nivåer av depression samt sämre kognitiv förmåga. (Osler, M. et al., 2008)

2.4.4 Rökning

(Ja dagligen / Ja då och då/ Nej)

Svaren från enkätfrågan dikotomiserades genom att gruppera “Ja dagligen” tillsammans med “Ja då och då” och där svaret “Nej” blev den andra gruppen.

2.5 Övriga variabler

Undersökningen innehåller även ett antal variabler som används för att beskriva populationen för att vid replikering kunna avgöra hur representativt urvalet är.

2.5.1 Allmänt hälsotillstånd

Fråga 11 - Allmänt hälsotillstånd

“Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”

Svarsalternativ: Mycket dåligt = 1, Dåligt = 2, Någorlunda = 3, Bra = 4, Mycket bra = 5

Den egna upplevelsen av det fysiska hälsotillståndet är i sig en riskfaktor för förtida död samt framtida sjuklighet (Singh-Manoux et al. 2007). Svaren på frågan delades in dikotomt där svarsalternativ 4–5 benämndes “Bra allmänt hälsotillstånd” medan svarsalternativ 1–3 bedöms ha lägre (sämre) nivåer av allmänt hälsotillstånd.

2.5.2 Kön

Kvinna/Man

2.6 Validitet och reliabilitet

Enkätfrågorna har valts ut från en tidigare publicerade studie och har genomgått både kritisk granskning och prövningar av validitet (Drake et. al., 2020). Med det som bakgrund kan datamaterialet som samlats in anses vara tillförlitligt. Frågorna valdes ut från ett större frågebatteri vilket kan ha medfört en påverkan på validiteten då färre frågor har fått representera större områden i vår studie jämfört med tidigare.

I enkäten har individerna subjektivt uppskattat sin mängd av träning samt vardagsmotion vilket kan resultera i högre volymer än vid objektivt uppmätt data genom accelerometer (Colley, R. C. et al., 2018). Resultaten i studien kan komma att påverkas till följd av detta.

Enkätsvaren resulterar i kategoriska data vilket skapar en lägre upplösning på insamlat material än om fritextsvar alternativt kontinuerliga variabler analyserats.

Dikotomisering gjordes med olika bakgrund vid de olika frågorna. Merparten av uppdelningen gjordes utifrån fördelningen av data i vårt urval. Där fördelningen var mycket skev användes istället den kliniska relevansen som stöd. Dikotomiseringen i sig skapar en lägre upplösning av vår data vilket kan komma att påverka resultaten.

2.7 Statistisk bearbetning

För statistikbearbetning av data användes främst Jamovi version 1.6.23 och 95% signifikansnivå användes på samtliga analyser. De primära exponeringarna (oberoende variabel) kopplat till frågeställningarna var mängd (i minuter) styrketräning, konditionsträning och vardagsmotion, samt ett summerat index av dessa tre. Utfallet (beroende variabel) mättes i dagar samt antal tillfällen (frekvens) av sjukdagar som observerats i enkätundersökningen. Dessa dikotomiserades var för sig för att kunna analyseras genom binomial logistisk regression samt justeras för andra riskfaktorer och skillnader i risk redovisas som oddskvoter (OR). OR beskriver den relativa risken för utfallet (antal dagar och frekvens) i relation till de olika exponeringarna där högt antal dagar och frekvens är referensgrupp i samtliga analyser.

I hypotestestningen justeras analysen för rökning, ålder och utbildningsnivå för att i större utsträckning isolera en eventuell association mellan exponering och utfall, utan inverkan från variabler som sedan tidigare är känt kan påverka utfallet och som kunnat mätas enligt vår mätmetod.

3. Resultat

Tabell 2. Fördelning av urvalet utifrån huvudvariabler och övriga variabler fördelat på mängd sjukfrånvaro

	Totalt	Dagar		Frekvens	
	Totalt n=312	Inga dagar (n=89)	1≤ (n=222)	Lågt antal* (n=181)	Högt antal** (n=130)
År (m ± SD)	42 ± 11,2	45,8 ±11,2	40,4 ±11,1	43,5 ±11,6	39,9 ±10,8
Eftergymnasial utbildning (%)***	64.	69.	62.	64.	63.
Ickerökare (%)	91.	95.	90.	94.	88.
Kvinnor n = 74 (%)	68.	71.	67.	65.	75.
Gift/Sambo (%)	72.	70.	74.	72.	74.
Allmänt hälsotillstånd (%)****	79.	89.	76.	87.	69.
Träning & Vardagsmotion index (%)****	52.	60.	49.	56.	46.
Psykisk hälsa index (%)****	55.	67.	50.	60.	48.
Arbetsmiljö index (%)****	52.	64.	47.	60.	40.

* = Noll till ett tillfälle, ** = Mer än ett tillfälle, *** = Högskola, universitet eller högre akademisk utbildning, **** = ≥ median

I tabell 2 presenteras fördelningen av urvalet utifrån huvudvariabler samt övriga variabler fördelat på sjukdagar, frekvens samt totalen. Det totala urvalet bestod av 312 individer (medelålder 42 SD = 11,2). Av dessa hade en majoritet en universitetsutbildning eller högre (64 %). Populationen skattade sitt allmänna hälsotillstånd till bra/mycket bra i stor utsträckning (79%). Mer än hälften av urvalet skattade sin grad av träning samt vardagsmotion motsvarande hög (52%), sin arbetsmiljö som bra (52%) samt att de hade god psykisk hälsa (55%). Endast 9% angav att de rökte dagligen alternativt då och då.

Dagar

Av populationen rapporterade 28% (n=89) att de inte haft någon sjukdag senaste 12 månaderna. Av dessa identifierade sig 95% icke rökare och 69% hade en eftergymnasial utbildning. Andelen gifta/sambo var lägre i denna grupp (70%) jämfört med de som rapporterat med en eller flera sjukdagar (74%). Gruppen som rapporterade ett högt allmänt hälsotillstånd var

överrepresenterade bland de utan någon sjukdag (89%). Motsvarande fördelning kunde ses gällande den psykiska hälsan där de som skattade en hög psykisk hälsa var 67% i gruppen utan sjukdagar och 50% bland dem med en eller fler dagar sjuka. Samma mönster sågs bland de som rapporterat en högre mängd av träning och vardagsmotion, där 60% angav noll sjukdagar. Medan gruppen med en eller fler dagar bestod av 49% med hög nivå av träning och vardagsmotion. Även för variabeln, upplevd arbetsmiljö, kunde samma mönster skönjas där de som skattade sig högt motsvarade 64% av gruppen med noll sjukdagar men enbart 47% bland de med en eller fler.

Frekvens

Av populationen rapporterade 58% (n=181) att de haft noll till ett sjukfall. Av dessa identifierade sig 94% som icke-rökare och 62% hade en eftergymnasial utbildning. Andelen gifta/sambo var lägre i denna grupp (72%) jämfört med de som rapporterat fler än ett sjukfall (74%). Av de som rapporterade ett högt allmänt hälsotillstånd var gruppen med noll till ett sjukfall överrepresenterade (87%). Motsvarande fördelning kunde ses gällande den psykiska hälsan där de som skattade en hög psykisk hälsa var 60% i gruppen med noll till ett sjukfall och 48% bland dem med fler än ett. Samma mönster sågs bland de som rapporterat en högre mängd av träning och vardagsmotion, där 56% ingick i gruppen med noll eller ett sjukfall. Medan gruppen med fler än ett bestod av 46% med hög nivå av träning och vardagsmotion. Även för variabeln upplevd arbetsmiljö kunde samma mönster skönjas, där de som skattade sig högt motsvarade 60% av gruppen med noll till ett fall men enbart 40% bland de med fler än ett.

Tabell 3. Fördelning av urvalet utifrån huvudvariabler och övriga variabler fördelat på Träning & Vardagsmotion Index, Psykisk Hälsa Index och Arbetsmiljö Index

(n=312)	Träning & vardagsmotion Index		Psykisk hälsa Index		Arbetsmiljö Index	
	Låg*	Hög**	Låg*	Hög**	Låg*	Hög**
År (m ± SD)	43,3 (11,3)	40,8 (11,4)	41 (11,6)	42,7 (11,2)	40,5 (11,9)	43,3 (10,7)
Eftergymnasial utbildning (%)***	61	66	55	71	60	67
Ickerökare (%)	87	94	90	93	88	95
Kvinnor n = 74 (%)	70	67	70	67	77	63
Gift/Sambo (%)	74	71	68	77	70	75
Allmänt hälsotillstånd (%)****	68	90	66	90	72	86
Träning & vardagsmotion Index****	X	X	44	58	44	59
Psykisk hälsa Index****	47	62	X	X	43	66
Arbetsmiljö Index****	45	59	39	63	X	X

* = ≤ median, ** = ≥ median, *** = Högskola, universitet eller högre akademisk utbildning, **** = ≥ median

I tabell 3 presenteras fördelningen av urvalet utifrån huvudvariabler samt övriga variabler fördelat på Träning & Vardagsmotion Index, Psykisk Hälsa Index samt Arbetsmiljö Index. Det totala urvalet bestod av 312 individer (medelålder 42 SD = 11,2).

Träning & Vardagsmotion Index

Låg (n=150) Hög (n=162)

Av populationen rapporterade 48% att deras mängd Träning och Vardagsmotion motsvarade låg utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 61% en eftergymnasial utbildning och 87% skattade sig som icke-rökare. I populationen rapporterade 52% att deras mängd Träning och Vardagsmotion motsvarade hög utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 66% en eftergymnasial utbildning och 94% skattade sig som icke-rökare.

Andelen gifta/sambo i gruppen med låg mängd Träning och Vardagsmotion var högre (74%) jämfört med de som rapporterat en högre mängd (71%). Av de som rapporterade ett högt allmänt hälsotillstånd var gruppen med hög mängd Träning och Vardagsmotion överrepresenterade (90%) medan gruppen med låg mängd enbart hade 68% som skattade högt allmänt hälsotillstånd. Motsvarande fördelning kunde ses gällande den psykiska hälsan där de som skattade en hög psykisk hälsa var 62% i gruppen med hög mängd Träning och Vardagsmotion och 47% bland dem med lägre mängd. Samma mönster sågs bland de som

rapporterat en högre kvalitet på arbetsmiljön, där 59% ingick i gruppen med hög mängd Träning och Vardagsmotion. Medan gruppen med lägre mängd enbart rapporterade en hög kvalitet på arbetsmiljön till 45%.

Träning och vardagsmotion Index innefattar frågor gällande styrketräning, pulshöjande träning och vardagsmotion.

På frågan “*Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt styrketräning?*” anger 53% att de styrketränar minst 30 minuter per vecka.

På frågan: “*Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt pulshöjande träning som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?*” anger 48% att de ägnar minst 60 minuter per vecka åt detta.

På frågan: “*Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt vardagsmotion, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)*” anger 44% att de ägnar minst 150 minuter per vecka åt detta.

Psykisk hälsa Index

Låg (n=150) Hög (n=162)

I populationen rapporterade 48% att deras Psykiska hälsa motsvarade låg utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 55% en eftergymnasial utbildning och 90% skattade sig som icke-rökare. I populationen rapporterade 52% att deras Psykiska hälsa motsvarade hög utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 71% en eftergymnasial utbildning och 94% skattade sig som icke-rökare.

Andelen gifta/sambo i gruppen med låg Psykiska hälsa var lägre (68%) jämfört med de som rapporterat en högre Psykisk hälsa (77%). Av de som rapporterade ett högt allmänt hälsotillstånd var gruppen med hög Psykiska hälsa överrepresenterade (90%) medan gruppen med låg Psykisk hälsa enbart hade 66% som skattade högt allmänt hälsotillstånd. Motsvarande fördelning kunde ses gällande Träning och Vardagsmotion där de som skattade en hög psykisk hälsa till 58% rapporterade hög mängd träning och Vardagsmotion medan enbart 44% bland dem med lägre Psykisk hälsa rapporterade en hög mängd. Samma mönster sågs bland de som

rapporterat en högre kvalitet på arbetsmiljön, där 63% ingick i gruppen med hög Psykisk hälsa. Medan gruppen med lägre Psykisk hälsa rapporterade en hög kvalitet på arbetsmiljön till 39%.

Psykisk hälsa innefattar frågor gällande psykiskt välbefinnande, stress och sömn.

På frågan: *“Svårigheter att somna?”* svarar 89% att de har svårigheter att somna vid ≥ 1 tillfällen i veckan.

På frågan: *“Störd/Orolig sömn?”* svarar 87% att de upplever detta vid ≥ 1 tillfällen i veckan.

På frågan: *“Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös eller orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden. Har du känt en sådan stress de senaste veckorna?”* svarar 39% att de upplevt detta vid ≥ 1 tillfällen i veckan.

På frågan: *“Hur är ditt allmänna psykiska hälsotillstånd?”* anger 30% bra alternativt mycket bra som svar på frågan.

Arbetsmiljö Index

Låg (n=149) Hög (n=163)

I populationen rapporterade 48% att kvalitén på deras Arbetsmiljö motsvarade låg utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 60% en eftergymnasial utbildning och 88% skattade sig som icke-rökare. I populationen rapporterade 52% att kvalitén på deras Arbetsmiljö motsvarade hög utifrån vår dikotomisering. Av dessa hade 67% en eftergymnasial utbildning och 95% skattade sig som icke-rökare.

Andelen gifta/sambo i gruppen med låg kvalitet på Arbetsmiljö var lägre (70%) jämfört med de som rapporterat en högre kvalitet på Arbetsmiljön (75%). Av de som rapporterade ett högt allmänt hälsotillstånd var gruppen med hög kvalitet på Arbetsmiljön överrepresenterade (86%) medan gruppen med låg kvalitet enbart hade 72% som skattade högt allmänt hälsotillstånd. Motsvarande fördelning kunde ses gällande Träning och Vardagsmotion där de som skattade en hög kvalitet på Arbetsmiljön till 59% rapporterade hög mängd träning och vardagsmotion medan enbart 44% bland dem med lägre kvalitet rapporterade en hög mängd. Samma mönster

sågs bland de som rapporterat en högre Psykisk hälsa, där 66% ingick i gruppen med hög kvalitet på Arbetsmiljön. Medan gruppen med lägre kvalitet rapporterade en hög psykisk hälsa till 43%.

Arbetsmiljö innefattar frågor gällande work-life balance, krav-kontroll och målsättning.

På frågan: “*Vet du vad som förväntas av dig i ditt arbete?*” svarar 50% att de mycket ofta vet vad som förväntas av dem.

På frågan: “*Jag känner att mitt arbete uppskattas.*” svarar 39% att de mycket ofta känner att deras arbete uppskattas.

På frågan: “*Anser du att målen i ditt arbete är klart definierade?*” svarar 32% att de mycket ofta upplever målen som klart definierade.

På frågan: “*Jag har förutsättningar (kompetens, resurser, etc.) för att göra ett bra jobb*” svarar 46% att de mycket ofta upplever att de har förutsättningar att göra ett bra jobb.

Tabell 4. Oddskvot för mängd sjukfrånvaro

	Ojusterat				Justerat			
	Dagar		Frekvens		Dagar		Frekvens	
	OR	p=	OR	p=	OR	p=	OR	p=
Styrketräning låg	1		1		1		1	
Styrketräning hög**	0,823	0,441	0,635	0,049*	0,68	0,147	0,546	0,013*
Puls låg	1		1		1		1	
Puls hög**	0,562	0,023*	0,629	0,046*	0,527	0,016*	0,607	0,037*
Vardagsmotion låg	1		1		1		1	
Vardagsmotion hög**	0,951	0,841	0,885	0,6	0,955	0,861	0,875	0,576
Träning & vardagsmotion Index låg	1		1		1		1	
Träning & vardagsmotion Index hög**	0,643	0,083	0,679	0,094	0,587	0,046*	0,638	0,061
Psykisk hälsa index låg	1		1		1		1	
Psykisk hälsa index hög**	0,483	0,006*	0,602	0,029*	0,514	0,015*	0,619	0,046*
Arbetsmiljö index låg	1		1		1		1	
Arbetsmiljö index hög**	0,504	0,008*	0,455	<0,001*	0,588	0,047*	0,484	0,003*

* = $p < 0,05$, ** = \geq median

Tabell 4 presenterar hur oddskvot samt signifikans varierar för utfallsvariabler (dagar samt frekvens) i relation till undersökta beroende variabler; träning och vardagsmotion, psykisk hälsa samt arbetsmiljö. I samtliga analyser är referensgruppen låg träning/låg psykisk

hälsa/låg arbetsmiljö. Resultaten presenteras först ojusterat sedan justerat för:

Rökning/Utbildningsnivå/Ålder.

Signifikanta skillnader sågs för högre nivåer av styrketräning på utfallet frekvens ≥ 2 tillfällen, med en oddskvot på 0,635 ojusterat och 0,546 justerat. Vid justering för rökning, ålder och utbildningsnivå så sjönk p-värdet ($p=0,049$ till $p=0,013$).

Signifikanta skillnader sågs för högre nivåer av pulshöjande träning både för utfallet ≥ 1 dagar med en oddskvot på 0,562 ojusterat och 0,527 justerat samt för utfallet tillfällen ≥ 2 , med en oddskvot på 0,629 och 0,607. Vid justering för rökning, ålder och utbildningsnivå så sjönk p-värdet för både dagar ≥ 1 och tillfällen ≥ 2 .

Inga signifikanta skillnader sågs för gruppen med högre nivåer av vardagsmotion på något av utfallen.

För högre nivåer av Träning och Vardagsmotion Index sågs endast signifikans för utfallet ≥ 1 dagar när detta justerats för rökning, ålder och utbildningsnivå med en oddskvot på 0,587 ($p=0,046$).

Signifikanta skillnader sågs för högre nivåer av Psykisk hälsa både för utfallet ≥ 1 dagar med en oddskvot på 0,483 ojusterat och 0,514 justerat samt för utfallet tillfällen ≥ 2 , med en oddskvot på 0,602 och 0,619. Vid justering för rökning, ålder och utbildningsnivå så ökade p-värdet för dagar ≥ 1 och tillfällen ≥ 2 men var fortfarande signifikanta.

Signifikanta skillnader sågs för högre nivåer av Arbetsmiljö både för utfallet ≥ 1 dagar med en oddskvot på 0,504 ojusterat och 0,588 justerat samt för utfallet tillfällen ≥ 2 , med en oddskvot på 0,455 och 0,484. Vid justering för rökning, ålder och utbildningsnivå så ökade p-värdet för dagar ≥ 1 och tillfällen ≥ 2 men var fortfarande signifikanta.

4. Diskussion

Syftet med rapporten var att hitta skillnader i sjukfrånvaro hos grupper med olika nivåer av träning och vardagsmotion, psykisk hälsa samt arbetsmiljö. Datamaterialet är insamlat av rapportförfattarna genom en enkätundersökning i det personliga kontaktnätet och genom sociala medier. Resultatet kan därför enbart ses som representativt för grupp med liknande karakteristika avseende kontrollvariabler. Detta kan bidra till att belysa vikten av olika faktorer relaterade till sjukfrånvaro.

Resultaten visar i huvudsak på att signifikanta skillnader finns i sjukfrånvaro, både gällande antal dagar samt tillfällena, mellan de som av oss klassificerats som mer psykiskt välmående respektive mindre. Skillnader hittades även efter uppdelning av träningsmängd, där både personer som styrketränar samt personer som konditionstränar mer, verkar ha färre antal tillfällen frånvarande från arbetet. Totalt antal dagar frånvarande hade däremot signifikans endast i gruppen med en större mängd konditionsträning.

Resultatet från frågorna om arbetsmiljö visar signifikans på runt en halvering av risken för högre sjukfrånvaro, både i tillfällena och totalt antal dagar vid justering för ålder, utbildning och rökning.

4.1 Träning, vardagsmotion och sjukfrånvaro

Att ha en hög mängd av styrketräning innebär en signifikant minskning av risk för att ha två eller fler tillfällen av sjukfrånvaro med 45,4% ($p=0,013$) jämfört med att ha en lägre mängd av styrketräning. Även gruppen med hög mängd konditionsträning visade en lägre risk för att ha fler än ett sjukfrånvarotillfälle med 39,3% ($p=0,037$). Samtidigt fanns det en effekt på totalt antal dagar frånvarande där risken var 47,3% lägre ($p=0,016$) för att ha någon sjukfrånvarodag.

Det sammantagna indexet för Träning och vardagsmotion visade endast signifikanta skillnader för lägre antal dagar och var ickesignifikant för frekvens. Vardagsmotion som separat variabel visade inga signifikanta resultat justerat för ålder, utbildning och rökning. Att ingen skillnad i sjukfrånvaro kan påvisas i relation till vardagsmotion kan bero på att de mekanismer som vi ser som skyddande mot ohälsa inte påverkas i tillräckligt stor grad av vardagsmotion som vi har definierat den. Eftersom vardagsmotion inte behöver innebära en förbättring i syreupptagningsförmåga utan snarare kan ses som ett verktyg som en liten del i att förbättra sin psykiska hälsa kan det vara därför vi inte ser någon association på sjukfrånvaron. Mängd fysisk

aktivitet i låg intensitet verkar heller inte påverka mängden sjukfrånvaro, vilket är konsekvent med fynden i denna undersökning. (Drake et al, 2020)

I stort går resultaten i linje med vår första frågeställning *1. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer av rapporterad mängd träning och vardagsmotion?* Associationen mellan större mängd konditionsträning och lägre antal dagar och tillfällen är konsekvent vid de justeringar som gjorts i analysen. Styrketräning visade som nämnt tidigare endast signifikanta resultat i antal tillfällen och var ej signifikant ($p=0,147$) i antal dagar. En högre mängd vardagsmotion som enskild exponering kan, enligt vår undersökning, ej anses vara associerad med en lägre mängd sjukfrånvaro.

4.2 Psykisk hälsa och sjukfrånvaro

Som beskrivits i inledningen ökar sjukskrivningar till följd av psykisk ohälsa (Fohm, 2021b). Resultat i denna studie visar på att, en hög grad av psykisk hälsa, jämfört med en låg grad, gav en signifikant lägre risk för både ≥ 1 dagar och för tillfällen ≥ 2 . Att ha en hög mängd av psykisk hälsa innebar en minskning av risk för att ha en eller fler sjukdagar med 48,6% ($p=0,015$). Riskminskningen för att ha två eller fler sjuktilfällen var 38,1% vid en hög mängd av psykisk hälsa ($p=0,046$). Sammantaget indikerar resultatet från studien att svaret på vår andra frågeställning *“Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad stress och psykisk hälsa?”* att det skiljer sig i vår population. Detta stöds även av WHO:s fakta kring psykisk hälsa där de menar att mental hälsa är en integrerad del av hälsa och att hälsa inte kan uppnås utan mental hälsa (WHO, 2018). I samma rapport tas även upp exempel på effektiv sjukdomsprevention kan vara kopplade till arbetsplatsen som exempelvis stresshanteringsprogram. Med bakgrund av resultatet från studien och tidigare kunskap på området, ses starka indikationer att den psykiska hälsan är av stor vikt för sjukfrånvaron och bör därför finnas med vid planering av hälsopromotiva insatser.

4.3 Arbetsmiljö och sjukfrånvaro

Folkhälsomyndigheten har som nämnts i inledningen, beskrivit arbetet som en viktig plats för att förebygga ohälsa och tar upp friskfaktorer som att känna delaktighet, förtroende, eller att ha gemensamma mål på arbetet (Fohm, 2020). Resultaten i vår studie visar på att en god kvalitet på arbetsmiljön, jämfört med en sämre, gav en signifikant lägre risk för både ≥ 1 dagar och för tillfällen ≥ 2 . Att ha en god kvalitet på arbetsmiljön innebar en minskning av risk för att ha en

eller fler sjukdagar med 41,4 % ($p=0,047$). Riskminskningen för att ha två eller fler sjukfall var 51,6% vid en god arbetsmiljö ($p=0,003$). Sammantaget indikerar resultatet från studien att svaret på vår tredje frågeställning *“Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad kvalitet på arbetsmiljö?”* är att det finns skillnader mellan grupperna i vår population. En brist i studien på området arbetsmiljö, är att enbart en av de tre delarna som ingår i begreppet undersökts, nämligen Organisatorisk och Social arbetsmiljö. Inga frågor i studien behandlar den fysiska samt digitala arbetsmiljön (Suntarbetsliv, 2021). För att möjliggöra ett mer komplett resultat kring arbetsmiljöns påverkan på sjukdom och kunna se möjliga skillnader mellan de separata delarna, bör i framtida studier detta åtgärdas. Dock kan konstateras att trots denna brist, är riskminskningen till följd av en god kvalitet på den organisatoriska och sociala arbetsmiljön så pass stor och signifikant att vikt ändå bör läggas vid fyndet.

4.4 Förhållandet mellan träning & vardagsmotion, psykisk hälsa och arbetsmiljö

Att sjukfrånvaro förekommer beror inte på en enskild faktor, utan påverkas av många olika variabler i flera led. Det går heller inte utifrån denna rapport att konstatera något orsakssamband eller exakt hur stora effekterna av en viss exponering är. Denna rapport ska istället ses som ett försök att ge en fingervisning om storleksordning på de tre stora faktorerna vi tagit upp (träning & vardagsmotion, psykisk hälsa och arbetsmiljö).

Eftersom sjukdom är multifaktoriellt behöver man acceptera det komplicerade nät av skyddande och riskökande beteenden och egenskaper som i slutändan resulterar i sjukfrånvaro (Beemsterboer, 2009).

En sedan tidigare välkänd association mellan risk- eller friskfaktorer är den fysiska aktiviteten och dess samband med flera delar av den psykiska hälsan, t.ex. stress, depression och sömnstörningar (Yang, 2012; Heiden, 2007; Cooney, 2013). I Tabell 3 ser vi skillnader mellan grupperna som indikerar överensstämmelse med tidigare forskning, där de som har en högre mängd träning och vardagsmotion även verkar överrepresenterade i gruppen med god psykisk hälsa.

Denna rapport har visat på signifikant minskad sjukfrånvaro i grupper med god arbetsmiljö i relation till skattat låg arbetsmiljö. Vilket går i linje med vad Myndigheten för

arbetsmiljökunskap (2021) tidigare konstaterat angående vikten av en god arbetsmiljö och att inte behöva lämna arbetsplatsen på grund av mental ohälsa. Denna faktor har också visat sig ha vissa kopplingar till den psykiska hälsan vilket vi kunnat se även i denna rapport enligt Tabell 3.

4.5 Färdriktning för hälsopromotiva insatser på företag

Resultaten från studien kan tjäna som ett bidrag till organisationer, företag eller på samhällsnivå där prioriteringar för initiativ ska göras i syfte att förbättra arbetsmiljö. Resultaten kring arbetsmiljö och psykisk hälsa pekar konsekvent åt att en stor del av vikten i interventioner ska ligga vid dessa variabler för att undvika det kostsamma alternativet med ökad sjukfrånvaro.

5. Slutsats

I stort drar vi slutsatsen att, även om det fanns signifikanta effekter på flera olika exponeringar, ser vi mest konsekventa resultat på konditionsträning som enskild faktor, psykisk hälsa och arbetsmiljö. Samtliga av dessa exponeringar hade signifikanta skillnader, både justerat och ojusterat på både antal sjukfrånvarodagar tillika antal tillfällen (frekvens) och påverkade i en positiv riktning. Allra störst riskminskning hade arbetsmiljö vilket understryker vikten av en arbetsmiljö som man trivs i och som tillgodoser individer med de delar som ingått i vår undersökning, det vill säga work-life balance, krav-kontroll och relevanta målsättningar.

5.1 Styrkor och svagheter

Vid frågor i enkätundersökning om antal sjukdagar visar det sig att det sannolikt hade varit lämpligare med ett öppet svarsalternativ angående antal sjukdagar för att få en högre upplösning i data och därmed enklare kunnat se skillnader i hela populationen.

Frågebatteriet gällande arbetsmiljö täcker enbart den Organisatoriska samt Sociala arbetsmiljön. Den Fysiska och Digitala arbetsmiljön undersöks inte vilket ger en brist då två viktiga komponenter av arbetsmiljön inte kan studeras.

Viss urvalsbias där personer med högre nivåer av träning och vardagsmotion valt att delta i högre utsträckning. Den högutbildade populationen i studien visade sig även vara överrepresenterade då den gruppen utgjorde 64% av urvalet medan motsvarande andelen i Sverige uppgår till 42% i åldrarna 25–64. (SCB, 2017)

Som tidigare nämnt i stycket om reliabilitet så tenderar självrapporterad fysisk aktivitet att överskattas (Colley, R. C. et al., 2018). Detta gör att de absoluta talen i minuter måste tolkas med försiktighet och kan istället ses som en indikation på högre respektive lägre mängd träning och vardagsmotion.

Med bakgrund av att frågorna valts ut från tidigare publicerad studie (Drake et. al., 2020) och därmed genomgått både kritisk granskning och prövning av validitet och reliabilitet kan datamaterialet som använts i studien anses vara tillförlitligt.

Storleken på urvalet i studien ger en tillräckligt god styrka (N) för att kunna se en effekt i flera av utfallsmåtten vilket vi ser som en styrka i studien.

Frågorna i undersökningen avhandlar faktorer som verkar ha associationer på sjukfrånvaron då riskminskningarna var relativt stora i resultaten och hög signifikans sågs på flera relevanta mått. Dock behövs ytterligare forskning som mer specifikt utreder orsakssambandet mellan de olika exponeringsfaktorerna och utfall mätt i sjukdom eller kostnad för näringsidkare.

6. Käll- och litteraturförteckning

Arbetsmiljöverket (2020) Förebygg arbetsrelaterad stress www.av.se (ADI 688)

[URL:https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyror/forebygg-arbetsrelaterad-stress-broschyr-adi688.pdf](https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyror/forebygg-arbetsrelaterad-stress-broschyr-adi688.pdf)).

Beemsterboer, Willibrord & Stewart, Roy & Groothoff, Johan & Nijhuis, Frans. (2009). A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *International journal of occupational medicine and environmental health*, 22, 169-79. 10.2478/v10001-009-0013-8. DOI: 10.2478/v10001-009-0013-8

Bogaert, I., De Martelaer, K., Deforche, B., Clarys, P., & Zinzen, E. (2014). Associations between different types of physical activity and teachers' perceived mental, physical, and work-related health. *BMC public health*, 14, 534. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-534>

Borg, Gunnar A.V. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion, *Medicine & Science in Sports & Exercise: Volume 14 - Issue 5 - p 377-381* https://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/1982/05000/Psychophysical_bases_of_perceived_exertion.12.aspx?fbclid=IwAR3WurWehTpX6IMy-pJnH7i-vFQWG_lEhc5v6QmcCZ9QKfq2r8rd1pMWeNo

Colley, R. C., Butler, G., Garriguet, D., Prince, S. A., & Roberts, K. C. (2018). Comparison of self-reported and accelerometer-measured physical activity in Canadian adults. *Health reports*, 29(12), 3–15. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018012/article/00001-eng.pdf>

Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD004366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>

Cornelissen, V. A., & Smart, N. A. (2013). Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2(1), e004473. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.004473>

Drake, E., Ekblom, M. M., Ekblom, Ö., Kallings, L. V., & Blom, V. (2020). Cardiorespiratory Fitness and Device-Measured Sedentary Behaviour are Associated with Sickness Absence in Office Workers. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 628. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020628>

Ekblom-Bak, E., Ekblom, B., Söderling, J., Börjesson, M., Blom, V., Kallings, L. V., Hemmingsson, E., Andersson, G., Wallin, P., & Ekblom, Ö. (2019a). Sex- and age-specific associations between cardiorespiratory fitness, CVD morbidity and all-cause mortality in 266.109 adults. *Preventive medicine*, 127, 105799. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105799>

Ekblom-Bak, E., Ekblom, Ö., Andersson, G., Wallin, P., Söderling, J., Hemmingsson, E., & Ekblom, B. (2019b). Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 29(2), 232–239. <https://doi.org/10.1111/sms.13328>

Ekblom-Bak, E., Engström, L.-M., Ekblom, Ö., & Ekblom, B. (2011). LIV 2000 : Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och levnadsvanor bland svenska kvinnor och män i

åldrarna 20-65 år. Hämtad från Gymnastik- och idrottshögskolan website:
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:gih:diva-1750>

Eklom-Bak, E., Väisänen, D., Eklom, B., Blom, V., Kallings, L. V., Hemmingsson, E., Andersson, G., Wallin, P., Salier Eriksson, J., Holmlund, T., Lindwall, M., Stenling, A., & Lönn, A. (2021). Cardiorespiratory fitness and lifestyle on severe COVID-19 risk in 279,455 adults: a case control study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01198-5>

Ferrie, J. E., Kivimäki, M., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J., & Marmot, M. G. (2005). A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occupational and environmental medicine*, 62(2), 74–79. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.013896>

Folkhälsomyndigheten. (2020). Vuxna - psykisk hälsa. www.folkhalsomyndigheten.se.
URL:<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten (2021a), Statistik psykisk hälsa www.folkhalsomyndigheten.se
URL:<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten (2021b) Nationella folkhälsomål och målområden
www.folkhalsomyndigheten.se URL:<https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa-lokalt-och-regionalt-stod/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/#arbete>

Försäkringskassan. (2021a). Sjukpenning och rehabiliteringspenning.
www.forsakringskassan.se. URL:
<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjukpenning-rehabiliteringspenning>

Försäkringskassan. (2021b). Hur många är sjukskrivna?. www.forsakringskassan.se.
URL:<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjukpenning-rehabiliteringspenning/hur-mangar-sjukskrivna>

Heiden, M., Lyskov, E., Nakata, M., Sahlin, K., Sahlin, T., & Barnekow-Bergkvist, M. (2007). Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: a randomized controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(5), 366–373. <https://doi.org/10.2340/16501977-0053>

Jacobson, B. H., Aldana, S. G., Goetzel, R. Z., Vardell, K. D., Adams, T. B., & Pietras, R. J. (1996). The relationship between perceived stress and self-reported illness-related absenteeism. *American journal of health promotion : AJHP*, 11(1), 54–61.
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.1.54>

Lahti, J., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2012). Changes in leisure-time physical activity and subsequent sickness absence: a prospective cohort study among middle-aged employees. *Preventive medicine*, 55(6), 618–622. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.006>
Mattsson, M. (2017). Fysisk aktivitet - begrepp och definitioner. https://www.fysss.se/wp-content/uploads/2017/09/FA_Begrepp-och-definitioner_FINAL_2016-12.pdf

Myers, J., Kokkinos, P., & Nyelin, E. (2019). Physical Activity, Cardiorespiratory Fitness, and the Metabolic Syndrome. *Nutrients*, 11(7), 1652. <https://doi.org/10.3390/nu11071652>

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak). (2021). Arbetsmiljö och psykisk hälsa. URL:https://mynak.se/wp-content/uploads/2021/12/Arbetsmiljo_och_psykisk_halsa_digital.pdf

OECD (2013), Mental Health and Work: Sweden, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264188730-en>

Osler, M., McGue, M., Lund, R., & Christensen, K. (2008). Marital status and twins' health and behavior: an analysis of middle-aged Danish twins. *Psychosomatic medicine*, 70(4), 482–487. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816f857b>

Rahkonen, O., Lallukka, T., Kronholm, E., Vahtera, J., Lahelma, E., & Laaksonen, M. (2012). Sleep problems and sickness absence among middle-aged employees. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 38(1), 47–55. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3186>

Savikko, A., Alexanderson, K., & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(6), 310–316. <https://doi.org/10.1007/s001270170050>

SCB. (2017). Befolkningens utbildning 2016. www.scb.se. https://www.scb.se/contentassets/66fa9c1d1f904b4aa22ac4a816d9e9a5/uf0506_2016a01_sm_uf37sm1701.pdf

SCB. (2021). Antal sjukfall per fallängd. www.scb.se. URL:<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sjukloner/konjunkturstatistik-over-sjukloner-ksju/pong/tabell-och-diagram/antal-sjukfall-per-fallangd/>

Sieurin, L., Josephson, M., & Vingård, E. (2009). Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 50–56. <https://doi.org/10.1177/1403494808097171>

Singh-Manoux, A., Guéguen, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Marmot, M., & Shipley, M. (2007). Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in the Whitehall II study. *Psychosomatic medicine*, 69(2), 138–143. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318030483a>

Skandia. (2020). Samhällskostnaden för längre sjukskrivningar: 65 miljarder kronor. www.skandia.se. URL: <https://www.skandia.se/globalassets/pdf/press-och-media/rapporter-och-debatt/samhallskostnaden-for-langre-sjukskrivningar-2020.pdf>

Snowling, N. J., & Hopkins, W. G. (2006). Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: a meta-analysis. *Diabetes care*, 29(11), 2518–2527. <https://doi.org/10.2337/dc06-1317>

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten & Sveriges kommuner och regioner (2020) Begrepp inom området psykisk hälsa Version 2020 www.skr.se URL:https://skr.se/download/18.1c90461a17cda637a4363ded/1636721711698/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa-TA.

Sumanen, H., Pietiläinen, O., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2017). Short sickness absence and subsequent sickness absence due to mental disorders - a follow-up study among municipal employees. *BMC public health*, 17(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3951-7>)

Suntarbetsliv (2021) Vad är arbetsmiljö? www.suntarbetsliv.se
URL:https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/sam/vad-ar-arbetsmiljo/?gclid=Cj0KCQiAjc2QBhDgARIsAMc3SqQvtthTFonZ3u4jkXmlffraflzNcYtC8x1iCOgfcau1pOkt3c9ntEoaApjmEALw_wcB

Väisänen, D., Kallings, L. V., Andersson, G., Wallin, P., Hemmingsson, E., & Ekblom-Bak, E. (2021). Cardiorespiratory Fitness in Occupational Groups-Trends over 20 Years and Future Forecasts. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8437. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168437>

WHO. (2020). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

World health organization (2018). Mental health: strengthening our response www.who.int.
URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yang, P. Y., Ho, K. H., Chen, H. C., & Chien, M. Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(3), 157–163. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70106-6](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70106-6)

Zeijher, J., Ombrellaro, K. J., Perumal, N., Keil, T., Mensink, G., & Finger, J. D. (2019). Correlates and Determinants of Cardiorespiratory Fitness in Adults: a Systematic Review. *Sports medicine - open*, 5(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s40798-019-0211-2>

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Syfte & Frågeställningar

Syftet med denna studie var att undersöka förhållandet mellan parametrarna: Träning och vardagsmotion, Psykisk hälsa och Arbetsmiljö i relation till sjukfrånvaro. Utöver detta fanns ett sekundärt syfte i att kunna ge en grov riktning för organisationer om prioriteringen av insatser för att minska sjukfrånvaro.

- 1. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer av rapporterad mängd träning och vardagsmotion?*
- 2. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad stress och psykisk hälsa?*
- 3. Skiljer sig sjukfrånvaro mellan grupper med olika nivåer rapporterad kvalitet på arbetsmiljö?*

Vilka ämnesord har du sökt på?

Ämnesord	Synonymer
Sickleave	Absentism, sick days, illness
Physical Activity	Exercises, Physical fitness
Determinats	Bestämningfaktorer, Factors
Mental Health	Psykisk hälsa, Mental illness, social well-being
Working enviroment	Occupational Health, arbetsmiljö
Health	Well-being, hälsa

Var och hur har du sökt?

Databaser och andra källor	Sökkombination
PubMed	Sickleave + determinants. Systematic Review. 36st
PubMed	Mental Health + sickleave Systematic Review 58st.
PubMed	Working environment + Sickleave. 47st
PubMed	Determinants of Health + Sickleave. (5år) 56st

Kommentarer

Vid litteratursökningen skummades många abstract på studier för att hitta de mer användbara för oss. Från de intressanta studierna vi hittade gav sedan referenser från dessa referenslistor ytterligare användbara artiklar.

Bilaga 2. Enkätundersökning med informationsblad

Informationsblad

Tack för att du vill delta i studien "Fysisk aktivitet och sjukfrånvaro"!

Detta frågeformulär utgör en viktig del av studien som syftar till att ge en ökad förståelse för sambandet mellan fysisk aktivitet och psykisk hälsa. För att få en heltäckande bild av detta är det av vikt att inkludera frågor om bl a arbetsmiljö och ledarskap men **varken din chef eller någon annan i din organisation kommer att ta del av dina svar**. Gentemot din arbetsgivare är du **helt anonym** och resultaten sammanställs endast på gruppnivå.

På följande sidor finns frågor om dig, ditt arbete och din hälsa.

Ta ställning till frågorna och påståendena och markera det svar som bäst passar in på dig. Besvara frågorna utan att fundera för länge på någon fråga. Det är viktigt att du svarar så uppriktigt du kan. En del frågor kan framstå som allvarligt formulerade men är ställda på det sättet för att fånga hela spektrat av hur individer mår och uppfattar sin arbetsmiljö. En del frågor kan också verka likadana men vi ber dig svara på dem i alla fall eftersom de förekommer i olika sammanhang. När du svarat på samtliga frågor gå gärna tillbaka och se efter att du besvarat alla frågor. Enkäten tar ca 10 min att fylla i.

Vad gäller svaren i enkäten får du återkoppling på gruppnivå. Studiens resultat kan också utgöra underlag för råd och riktlinjer till din arbetsgivare för att främja hälsan hos sina medarbetare.

All medverkan från din sida är **frivillig**. Du har också rätt att när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange anledning.

Om du har frågor om enkäten eller projektet i övrigt får du gärna kontakta:

Karolina Andersson karolina.andersson@student.gih.se

Hampus Landin hampus.landin@student.gih.se

Vänliga hälsningar
Karolina & Hampus

Informerat samtycke

Jag bekräftar att jag:

- Har erhållit utförlig muntlig och skriftlig information om bakgrund och syfte med forskningsprojektet och bevarandet av denna enkät samt om vad mitt deltagande innebär

- Är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och kan avbrytas utan att jag behöver förklara eller att det påverkar min arbetssituation
 - Har förstått att mina svar kommer att sparas i oidentifierad form som skyddar min identitet och endast kommer att användas för forskning
 - Har läst och förstått informationen ovan.
-
- Ja, vidare till enkäten
 - Nej

Nedan följer några frågor om din bakgrund:

1. Hur gammal är du?
2. Kön?
3. Vilket företag är du anställd på? (Frivilligt)
4. Vilken är din högsta avslutade skolutbildning?
 - Grundskola eller motsvarande
 - Gymnasieskola eller motsvarande
 - Universitets/högskoleutbildning
 - Högre akademisk utbildning
5. Jag är:
 - Gift
 - Sambo
 - Särbo
 - Ensamstående

Nedan följer några frågor om dina hälsvanor:

6. Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt **styrketräning**?
 - 0 minuter/ ingen tid
 - Mindre än 30 minuter
 - Upp till 60 minuter.
 - Upp till 90 minuter.
 - Upp till 120 minuter.
 - Upp till 150 minuter.
 - Över 150 minuter.
7. Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt **pulshöjande träning** som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?
 - 0 minuter/ ingen tid
 - Mindre än 30 minuter
 - 30-59 minuter.
 - 60-89 minuter.
 - 90-120 minuter.
 - >120 minuter.

8. Hur mycket tid ägnar du en VANLIG VECKA åt **vardagsmotion**, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången)

- 0 minuter/ ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timmar)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- > 300 minuter (5 timmar)

9. Röker du för närvarande?

- Ja, dagligen
- Ja, då och då
- Nej

10. Snusar du för närvarande?

- Ja, dagligen
- Ja, då och då
- Nej

Nedan följer några frågor om hur du mår

11. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Någorlunda
- Bra
- Mycket bra

Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös eller orolig eller inte kan sova på natten eftersom man tänker på problem hela tiden.

12. Har du känt en sådan stress de senaste veckorna?

- Mer sällan eller aldrig
- Någon gång i månaden
- En gång i veckan
- Flera gånger i veckan
- Varje dag

13. Hur är ditt allmänna psykiska hälsotillstånd?

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Inte särskilt bra
- Godtagbart
- Bra
- Mycket Bra

14. Hur nöjd är du med ditt liv som helhet?

- Väldigt missnöjd

- Relativt missnöjd
- Aningen missnöjd
- Varken det ena eller det andra
- Aningen nöjd
- Relativt nöjd
- Mycket nöjd

15. Svårigheter att somna

- Aldrig/sällan (någon/några ggr/år)
- Ibland (flera ggr/månad)
- Ofta (1-2 ggr/vecka)
- För det mesta (3-4 ggr/vecka)
- Alltid (5 ggr eller mer/vecka)

16. Upprepade uppvaknanden med svårigheter att somna om

- Aldrig/sällan (någon/några ggr/år)
- Ibland (flera ggr/månad)
- Ofta (1-2 ggr/vecka)
- För det mesta (3-4 ggr/vecka)
- Alltid (5 ggr eller mer/vecka)

17. För tidigt uppvaknande

- Aldrig/sällan (någon/några ggr/år)
- Ibland (flera ggr/månad)
- Ofta (1-2 ggr/vecka)
- För det mesta (3-4 ggr/vecka)
- Alltid (5 ggr eller mer/vecka)

18. Störd/orolig sömn

- Aldrig/sällan (någon/några ggr/år)
- Ibland (flera ggr/månad)
- Ofta (1-2 ggr/vecka)
- För det mesta (3-4 ggr/vecka)
- Alltid (5 ggr eller mer/vecka)

19. Vid hur många TILLFÄLLEN har du varit hemma från arbetet pga sjukdom de senaste 12 månaderna?

- Aldrig
- En gång
- 2-5 gånger
- 6-10/≥ 11 gånger

20. Hur många DAGAR har du sammanlagt varit hemma från arbetet pga sjukdom de senaste 12 månaderna?

- Inte någon

- 1-7 dagar
- 8-30 dagar
- 31-90 dagar
- ≥ 91 dagar

Nedan följer några frågor om ditt arbete:

21. Hur länge har du varit anställd hos din nuvarande arbetsgivare?

- ≤ 1 år
- 2-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- ≥ 16 år

22. Har du en chefsbefattning?

- Ja
- Nej

23. Har du frihet att bestämma HUR ditt arbete skall utföras?

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

24. Har du frihet att bestämma VAD som skall utföras i ditt arbete?

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

25. Har du frihet att bestämma NÄR ditt arbete ska utföras?

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

26. Hur ofta känner du stress som kan hänföras till ditt förvärvsarbete?

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

27. Hur ofta känner du stress som kan härledas till dina göromål utanför ditt förvärvsarbete?

- Mycket sällan
-

-
-
- Mycket ofta

28. Jag tar kontakt med min närmaste chef när jag behöver stöd

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

29. Jag tar ansvar för mitt fysiska och psykiska välbefinnande.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

30. Jag har förutsättningar (kompetens, resurser, etc) för att göra ett bra jobb.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

31. Jag har tillräckliga befogenheter för att fatta beslut i mitt arbete.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

32. Jag känner att mitt arbete uppskattas.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

33. Anser du att målen i ditt arbete är klart definierade?

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

34. Vet du vad som förväntas av dig i ditt arbete?

- Mycket sällan

-
-
-
- Mycket ofta

35. I min arbetsgrupp bryr vi oss om hur man mår både på jobbet och privat.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

36. Företaget jag arbetar på tar ansvar för sina anställdas hälsa.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

37. Anställdas hälsa och välmående prioriteras på min arbetsplats.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta

38. Jag försöker strukturera mitt liv för att skapa en god balans mellan arbete och privatliv.

- Mycket sällan
-
-
-
- Mycket ofta