



Jag rullar fram med egen kraft

Hälsa inom Volvo Hallsbergs produktionsindustri

Rasmus Båverud

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete: **2014:40**

Utbildningsprogram: Hälsopedagogprogrammet

Handledare: Mats Börjesson

Seminariehandledare: Peter Schantz

Examinator: Örjan Ekblom

Sammanfattning

Syfte:

Denna studie syftade till att undersöka hur vanligt det var med smärtrelaterade symptom på ett företag, hur levnadsvanorna för de anställda ser ut och vilka samband som finns mellan levnadsvanor och självupplevda besvär och arbetsförmåga.

Metod:

För denna studie valdes en kvantitativ metod med hjälp av en enkät. Frågorna till denna enkät valdes ut från validerade frågor ifrån tidigare studier. Frågorna innehöll bl.a. vikt, längd, civilstånd, utbildning, smärtrelaterade symptom i 9 områden totalt på kroppen (bl.a. nacke, axlar, knän m.m.), kost, fysisk aktivitet (mätt med Saltin-Grimby skalan), sömnkvalitet, stress och självupplevd arbetsförmåga. Först jämfördes män och kvinnor sinsemellan och när samband mellan levnadsvanor och olika besvär skulle undersökas, jämfördes hela populationen. Företaget som studien genomfördes specialiserar sig på tillverkning av hytter och andra systemkomponenter till anläggningsmaskiner. Deras produktionsprocess består av svets, målning och montering.

Resultat:

Totalt deltog 155 i studien, varav 130 var män, 24 kvinnor och en deltagare som inte angav sitt kön. Resultaten visade att både män respektive kvinnor hade ett genomsnittligt BMI på 27 och 26, vilket motsvarar övervikt för båda könen. Både män och kvinnor uppgav att de rörde på mycket och mindre än en femtedel uppgav en stillasittande fritid, motsvarande Saltin-Grimby grad 1 av 4. Båda könen uppgav goda matvanor, med lågt intag av sötsaker såsom chips, choklad/godis m.m. Dock åt nästan en femtedel av både män och kvinnor fiber mindre än 1 gång/vecka. Nästan hälften av alla deltagare hade dåliga sömnvanor, mätt med hjälp av PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), där en sammanlagd poäng av 5 poäng eller mer är en indikation till dåliga sömnvanor. Minst 12 % av samtliga deltagare i studien hade haft ont under de senaste 7 dagarna. Avseende samband, så sågs att de som hade dåliga sömnvanor upplevde mer stress, mer smärta, angav en sämre arbetsförmåga och skattade sin fysiska och psykiska hälsa lägre. De som angav lägre fysisk aktivitetsnivå (väldigt få) uppvisade inga samband med ökad smärta eller stress.

Slutsats:

Fysisk aktivitet hade i denna studie inte något samband med någon upplevd smärta, stress eller arbetsförmåga, men upplevelsen av den fysiska hälsan var lägre hos dem som uppgav sig vara mer fysiskt inaktiva. Däremot visade denna studie på ett samband mellan hur bra man sover och hur man upplever sin arbetsförmåga, sin upplevda hälsa, stressnivåer och smärtrelaterade symptom.

Innehåll

Sammanfattning	
1 Inledning.....	1
1.1 Introduktion.....	1
1.2 Vad är förslitnings-/belastningsskador?	2
1.3 Varför röra på sig när man inte måste?	2
1.4 Rekommendation för fysisk aktivitet	3
1.5 Kort om effekter som fysisk aktivitet har på kroppen.....	3
1.6 Vad kan det finnas för samband med fysisk aktivitet?.....	4
1.7 Kost	5
1.8 Sömn.....	5
1.9 Syfte och frågeställningar.....	6
2. Metod	7
2.1 Arbetsplats som undersöktes	7
2.2 Förundersökning.....	7
2.3 Enkätuppbyggnad.....	7
2.4 Upplevd hälsa, medicinsk status & kostvanor	8
2.5 Sömn.....	8
2.6 Smärta/besvär	9
2.7 Fysisk aktivitet	9
2.8 Självpupplevd arbetsförmåga	10
2.9 Stress	10
2.10 Definitioner	10
2.11 Tillvägagångssätt.....	11
2.12 Dataanalys	11
2.13 Etiska aspekter.....	12
2.14 Reliabilitet & Validitet	12
3. Resultat.....	13
3.1 Basaldata	13
3.2 Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?	13
3.2.1 Levnadsvanor	13
3.2.2 Kostvanor	14
3.3 Hur ser förekomsten av smärtrelaterade symptom ut på företaget?.....	15

3.4 Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?.....	16
3.5 Samband mellan självrapporterad fysisk aktivitet, smärta/besvär, sömnvanor, upplevd hälsa och självupplevd arbetsförmåga?	17
4. Diskussion	19
4.1 Metoddiskussion.....	19
4.2 Resultatdiskussion	20
4.2.1 Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?	20
4.2.2 Hur är förekomsten av smärtrelaterade symptom, på företaget?.....	21
4.2.3 Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?.....	22
4.2.4 Vilka samband ses avseende fysisk aktivitet och sömnbesvär med smärta/besvär, levnadsvanor och självupplevd arbetsförmåga?.....	23
4.3 Slutsats	25
4.4 Vidare forskning.....	26
Käll- och litteraturförteckning.....	27
Bilaga 1	30
Litteratursökning	30
Bilaga 2 – Enkät	31
Bilaga 3 – Övrig enkätstatistik	40
Bilaga 4 – Övrig jämförelsestatistik	44

1 Inledning

1.1 Introduktion

Arbetssjukdomar i form av förslitnings- och belastningsskador är ett stort problem på arbetsplatser, som tycktes minska under åren 2003-2009, för att under senare år börja öka igen. Under år 2012 var belastningsfaktorer, enligt Arbetsmiljöverket, den vanligaste orsaken till nästan hälften av alla arbetssjukdomar. (Arbetsmiljöverket, 2012, ss.23-24). Vid alla de arbetssjukdomar som anmäldes under år 2012 var de huvudsakliga besvären muskel- och ledbesvär, som återfanns i 37 % av anmälningarna hos kvinnor och 47 % hos män. Tunga lyft och förflyttningar av bördor, ensidigt och monotont arbete samt olämpliga arbetsställningar, anges som bidragande orsaker (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2013, ss.60). Organisatoriska eller sociala faktorer ansågs vara orsak till ungefär var fjärde anmälan och 93 % av dessa arbetssjukdomar leder till besvär av psykosocial art (Arbetsmiljöverket, 2012, ss.24).

Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut anger också att övervikt och fetma blir vanligare, framför allt med den största ökningen bland personer under 50 år (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2013, ss. 73-78). Övervikt och fetma betraktas, av WHO, som den femte största riskfaktorn för död, globalt sett. Övervikt har sedan 1980-talet tredubblats i världen och år 2008 var mer än 1,4 miljarder vuxna (20 år och äldre) överviktiga. Av dessa hade över 200 miljoner män och nästan 300 miljoner kvinnor fetma (World Health Organisation, 2014-01-29). En av de främsta faktorerna till ökad övervikt och fetma är, enligt WHO, en ökad förekomst av fysisk inaktivitet, som i sin tur beror på förändringar i arbete och transporter och en ökad urbanisering av samhället. Fysisk inaktivitet befinner sig på fjärde plats över största riskfaktorer för död globalt, och WHO uppger att ungefär 3,2 miljoner dödsfall och 32,1 miljoner DALYs (Disability Adjusted Life Years) årligen förklaras med otillräcklig mängd av fysisk aktivitet. Totalt var under år 2008 31 % av vuxna, beräknat från 15 års ålder och uppåt, otillräckligt fysiskt aktiva (män 28 % och kvinnor 34 %) världen över (World Health Organisation, 2014-01-30).

Folkhälsomyndigheten anser att fysisk aktivitet är en metod för att förbättra och utveckla en god hälsa utan att åsamka skada. De säger att [...] ”Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. [...], och dessutom att

en god hälsa kan medföra högre produktivitet i arbetet, flera produktiva år, bättre inlärningsförmåga och fler utbildningsår. (Folkhälsomyndigheten, 2014-02-25).

Med detta som bakgrund kan man ställa följande frågor. Hur ser situationen ut på arbetsplatserna? Har de som anser sig vara fysiskt aktiva mindre besvär med smärta och skador och skiljer sig deras självupplevda arbetsförmåga, upplevda hälsa eller stress gentemot dem som är mer fysiskt inaktiva? Dessa tankar leder till studiens syfte, vilket var att undersöka levnadsvanor, den nuvarande förekomsten av förslitnings- och belastningsskador samt den självupplevda arbetsförmågan hos de anställda på en fabrik inom produktionsindustrin.

1.2 Vad är förslitnings-/belastningsskador?

Förslitnings-/belastningsskador, eller s.k. RSI (repetitive strain injury), uppstår vanligtvis när muskler, senor och nerver i överkroppen är spända över en väldigt lång tid p.g.a. dålig hållning och/eller repetitiva rörelser och är försvagningar i kroppens struktur (Mandal, A., Dr., 2013-11-12; Europeiska arbetsmiljöbyrån, 2013-11-13). Orsaken till detta kan vara dålig arbetsställning i arbetet, som kan ge upphov till smärta i nerver, senor och muskler. RSI-/belastningsskador är vanligast förekommande inom industriproduktion och IT-arbeten (Mandal, A. Dr., 2013-11-12). Goda ergonomiska förutsättningar vid arbetsutrustning och bibehållandet av en god hållning kan förebygga eller förskjuta utvecklingen av RSI/belastningsskador. Även stretching, massage, avslappningsmetoder, akupunktur och träning kan användas som behandling, liksom antiinflammatoriska läkemedel.

1.3 Varför röra på sig när man inte måste?

Människan har alltid behövt arbeta. Stenåldersmänniskan livnärde sig på att jaga sin föda och genom att kontinuerligt finna nya boplatser. Under hundratusentals år har detta format människans kropp. Med tiden har vi gått från att vara en aktiv jägare/arbetare och förlita oss på våra kroppsliga resurser till att vår kompetens blivit avgörande för framgång. Fysiska aspekter har gått från att vara vår huvudkälla till en bisak. Detta samtidigt som våra kroppar har samma behov av rörelse som under stenåldern (Folkhälsoinstitutet, *Hälsofrämjande som affärsstrategi*, 2001).

Problemet nu är att den nutida människan inte behöver röra på sig lika mycket då vi med tiden lyckats minimera den fysiska ansträngningen i vår vardag. (Folkhälsoinstitutet, 2001, ss.3). En sådan stillasittande livsstil ökar kraftigt risken för sjuklighet och förtida död. Denna

ohälsosamma livsstil medför stora kostnader och även en ökad belastning för hälso- och sjukvården. Kostnaden som kan vara så pass stor som sex miljarder kronor, för samhället inklusive i skolan (Wahlgren, Wedman & Wester. *FYSS*, 2008, ss.64). Att försöka öka den fysiska aktiviteten i samhället blir därför en betydande uppgift också för hälso- och sjukvården (Börjesson, Faskunger, Kallings, Lærum, Leijon & Ståhle (2008). *FYSS 2008*, ss.47). Problematik uppstår dock när nutidsmänniskan vilar musklerna under största delen av sin tid i kontorsstolar, på kafferaster med mera, medan hjärnan går på högvarv. Denna kombination anses då vara olycklig eftersom detta kan härleda till en ökad psykologisk stress. Med utebliven motion försämras kroppens funktioner, bl.a. syreupptagningsförmågan och även om en person har ett i vanliga fall stillasittande kontorsarbete begränsar den försämrade syreupptagningsförmågan prestationerna eftersom arbetsförmågan också tycks vara kopplad till fysisk aktivitet (Folkhälsoinstitutet, 2001).

Allt fler människor uppger att stress är ett av deras största vardagsproblem (Folkhälsoinstitutet, 2001, ss.6). Stress, kombinerat med ett stillasittande arbete (och diverse andra faktorer) kan leda till metabola syndromet, men också till förslitningsskador i muskler, genom att är ”ständigt” aktiverad i olika muskelgrupper. Detta som kan leda till syrebrist, som är försämrad blodtillförsel till muskelgruppen och möjligtvis skada på närliggande nerver (Mandal, A. Dr., 2013-11-12).

1.4 Rekommendation för fysisk aktivitet

De allmänna rekommendationer som finns för så kallad tillräcklig mängd fysisk aktivitet lyder enligt FYSS [...]Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten. [...] (Anderssen & Jansson, 2008, *FYSS 2008*, ss.38). WHO rekommenderar att man minst skall vara aktiv, motsvarande 150 minuter medelintensiv fysisk aktivitet per vecka och minst 10 minuter i sträck (World Health Organisation 2014-01-29).

1.5 Kort om effekter som fysisk aktivitet har på kroppen

Fysisk aktivitets effekt på en människas kropp varierar beroende på vilken duration (hur lång tid) personen tränar, hur ofta personen tränar (frekvens) och även hur hårt personen tränar (intensitet). En fysisk aktivitet benämns som antingen aerob eller anaerob. Detta avgörs av vilken ämnesomsättning som är den dominerande under träningen. Aerob träning gör att hjärtat och att muskulaturens aeroba system arbetar på en högre nivå under en längre

tidsperiod medan anaerob träning oftast genomförs i korta intervaller under oftast två minuter. Effekter som fysisk aktivitet därmed kan ha på kroppen är bland annat ökad arbetskapacitet för hjärtat, att vilopulsen sjunker, maximala syreupptagningsförmågan ökar, blodplasmanivån ökar tillsammans med antalet röda blodkroppar, blodtrycket sjunker, kroppen använder sig mer av fett som energikälla under vila och lågintensivt arbete, mjölksyraproduktionen ökar samtidigt som mjölksyratoleransen ökar, ökad muskelvolym och muskelstyrka, ökad bentäthet samt en hel del andra positiva effekter (Sundberg & Henriksson, *FYSS*, 2008, ss.11-32).

Enligt WHO så kan 150 minuters medelintensiv fysisk aktivitet beräknas att reducera risken för ischemisk hjärtsjukdom (otillräcklig syretillförsel till hjärtat) med 30 %, risken för diabetes med 27 % och risken för bröst- och tjocktarmscancer med 21 % respektive 25 %. Regelbunden fysisk aktivitet sänker dessutom risken för stroke, hypertension (högt blodtryck) och depression. Aktivitet spelar också en viktig roll i energiförbrukningen och därmed för energibalans och viktkontroll (World Health Organisation, 2014-01-30).

1.6 Vad kan det finnas för samband med fysisk aktivitet?

En ökad nivå av självrapporterad fysisk aktivitet ser ut att vara relaterad till en förbättrad arbetskapacitet. Fysisk aktivitet kan troligen användas som ett preventivt medel för att förebygga försämrad arbetskapacitet och därmed möjligen också för att förbättra den framtida arbetskapaciteten (Arvidsson, Ahlborg, Börjesson, Lindegård & Jonsdottir, 2013).

Fysisk aktivitet och dess samband med kardiovaskulära riskfaktorer och stress har bl.a. studerats i en studie av Börjesson et. al., där sambandet mellan självrapporterade fysiska aktivitetsnivåer och sådana riskfaktorer undersöktes på en större svensk population (Börjesson, Björck, Grimby, Jonsdottir, Lappas, Rosengren, Rödger & Thelle, 2012). Man såg ett samband mellan självrapporterade låga fysiska aktivitetsnivåer och ett större midjeomfång, högre BMI samt högre stressnivåer.

Att ha en allmänt aktiv vardag, oberoende av regelbunden träning/motion har associerats med kardiovaskulärt välmående och en ökad livslängd hos äldre vuxna (Ekblom-Bak, Ekblom, Vikström, de Faire & Hellénus, 2014). Man såg ett mindre midjeomfång, bättre blodfett- och triglyceridvärden bland både män och kvinnor samt att förekomsten av metabola syndromet var betydligt lägre bland grupper med en mer aktiv vardag oavsett om man tränade regelbundet.

Att fysisk aktivitet även skulle kunna ha en reducerande effekt på olika smärttillstånd har undersökts i en dansk studie där man tittade på om genomförande av specifik styrketräning kan ha en långvarig effekt på rygg, nacke och övre extremitet hos laboratorietekniker inom industriverksamheten. Styrketräningen hade en positiv effekt och kunde leda till långvariga signifikanta smärtreduktioner i rygg, övre extremitet och funktionshinder i armar, axlar och händer. Effekten bibehölls även ett halvår senare (Andersen L.L., Andersen C.H., Pedersen, Sjøgaard & Zebis, 2013).

1.7 Kost

Nästan hälften av alla vuxna och var femte barn i Sverige är överviktiga eller feta. Matvanorna i landet har blivit bättre, vilket kan leda till minskad förekomst av de stora folksjukdomarna såsom hjärt- och kärlsjukdom, fetma, typ 2-diabetes och cancer. Däremot är det svenska folkets matvanor, sett i ett folkhälsoperspektiv, fortfarande inte tillräckligt bra. Exempelvis äter sju av tio svenskar för lite fibrer, nio av tio för lite fullkorn, två av tio äter 500 gram frukt och grönsaker per dag, åtta av tio äter för mycket mättat fett, fyra av tio för mycket socker och 15 % av vårt dagliga energiintag kommer från godis, läsk, bakverk och snacks. Svenskar har börjat äta mer hälsosam mat men det är fortfarande många, och framför allt unga individer (18-30 år), som har sämst matvanor (Livsmedelsverket, 2014-05-23).

En balanserad kost i kombination med regelbunden fysisk aktivitet anses som en hörnsten i god hälsa och dålig kost kan leda till nedsatt immunförsvar, ökad mottaglighet för sjukdomar, nedsatt fysisk och psykisk utveckling och reducerad produktivitet (World Health Organisation, 2014-05-23).

1.8 Sömn

Sömnens funktion är egentligen enkel. Det vi förbrukat och slitit ut under dagen måste återställas och även om kroppen kan återställas mycket under dagtid är sömnen hjärnans återställare. När vi sover pågår fysiologiska förändringar i vår kropp, vars inriktning är att återställa balansen i kroppen och psyket, vilket kan innebära att sömnbrist kan leda till en måttligt ökad risk för sjukdom eftersom att immunförsvaret försvagas. Störd sömn kan även öka risken för typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar där en orsak till detta tycks vara att insulinets blodsockerreglering påverkas (Stressforskningsinstitutet, 2014-05-23).

Sömnproblem är även associerat till muskelsmärta (Hallman & Lyskov (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. ss.185).

och kan ha en påverkan på vår prestationsförmåga, genom att för lite sömn påverkar vår prestationsförmåga negativt och att kämpa emot ett sömnbehov kan ha konsekvenser för bl.a. funktionsförmåga (Kecklung & Åkerstedt (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. ss.130-135).

Sömnkvalitet, sömnduration och daglig trötthet kan vara signifikanta riskfaktorer för minst en typ av arbetsskador när det kommer till potentiella associationer mellan olika typer av arbetsskador. Detta konkluderades genom en sjukhusbaserad studie i Schweiz där de största samband fanns mellan belastningsskador och fall med kort sömnduration (Bingisser, Dürr, Holsboer-Trachsler, Künzli, Leupp, Maier, Mehta, Miedinger, Müller, Schindler, Uehli & Zogg, 2013).

Att löpa 30 minuters löpning på morgonen, har även visat sig ha en effekt på ungdomars sömnkvalitet och psykologiska funktioner. Löpning på en måttlig/medel intensitet (som i denna studie definierades som planerad och kontinuerlig löpning utan avbrott vid en hastighet som inte gjorde det möjligt att ha en konversation vid) på morgonen under veckodagar under 3 veckor i följd visade sig förbättra sömnen och den psykologiska funktionen i jämförelse till kontrollgruppen (Brand, Gerber, Holsboer-Trachsler, Kalak, Kirov, Mikoteit, Pühse & Yordanova, 2012).

1.9 Syfte och frågeställningar

Denna studie syftade till att undersöka förekomsten (prevalensen) av smärtrelaterade symptom på ett företag, samt hur levnadsvanorna för de anställda ser ut och vilka samband som finns mellan självupplevda besvär, levnadsvanor och arbetsförmåga. De frågeställningar som vill belysas är:

- Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?
- Hur stor är förekomsten av smärtrelaterade symptom på företaget?
- Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?
- Vilka samband finns det mellan fysisk aktivitet och sömnbesvär samt de anställdas smärta/besvär, stress och självupplevd arbetsförmåga?

Den hypotes som denna studie grundar sig på är att de anställda som rapporterar en lägre fysisk aktivitetsnivå (en del av levnadsvanorna), har en högre förekomst av besvär/smärta, sämre övriga levnadsvanor (i form av stress, sömn och upplevd hälsa) samt att de även rapporterar en lägre självupplevd arbetsförmåga.

2. Metod

För att kunna besvara valt syfte valdes en kvantitativ forskningsmetod i form av en tvärsnittsstudie som genomförs med hjälp av ett frågeformulär.

2.1 Arbetsplats som undersöktes

Arbetsplatsen som denna undersökning genomfördes på Volvo Construction Equipment i Hallsberg. Detta företag tillverkar hytter och andra systemkomponenter till anläggningsmaskiner. Utöver hyttsystem tillverkar de även tankar för olja och bränsle till olika typer av anläggningsmaskiner. Deras produktionsprocess består av svets, målning och montering.

2.2 Förundersökning

För att kunna besvara studiens frågeställningar, valdes att genomföra en enkätundersökning. Tillvägagångssätt för att tillskapa en lämplig enkät, var att inledningsvis gå igenom en mängd enkäter för att hitta lämpliga och validerade frågor. Slutresultat blev delar av olika enkäter plockades ihop för att bilda en sammanställd enkät med validerade frågor. Frågor i denna enkät har plockats ut från frågeformulären GIH:s hälsotest, Pittsburgh Sleep Quality Index, Work Ability Index, NMQ (Nordic Musculoskeletal Questionnaire), Physical Activity Readiness Questionnaire - PAR-Q samt Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale (SGPALS).

2.3 Enkätuppbyggnad

Enkäten är uppbyggd så att allmän information om bakgrund, arbetserfarenhet samt övrig information om utbildning och inkomst är uppdelade i avdelningar som kallas för "Bakgrund", "Arbetserfarenhet" och "Övrig information". I bakgrundsinformationen får deltagaren uppge längd och vikt för senare beräkning av BMI-värde ($BMI = \frac{Kroppsvikt}{Längden * Längden} = \frac{kg}{m * m}$). Varje deltagare i studien placerades i 1 av 4 kategorier som är uppdelade efter BMI-värde, vilket är grupp 1 (underviktiga), grupp 2 (normalviktiga), grupp 3 (överviktiga) och slutligen grupp 4 (feta) (www.bmitest.nu, 2014-05-07). Därefter finns frågor i enkäten som benämns som "Kostvanor", "Sömn", "Självupplevd arbetsförmåga", "Stress", "Smärta/besvär", "Upplevd hälsa", "Hur fysiskt aktiv är du?" samt "Medicinsk status". Frågorna kom att beröra ämnen som exempelvis förekomst av värk, svårighet av värk, hur länge man har jobbat, självupplevd arbetsförmåga, upplevd hälsa, fysisk aktivitet, ålder, livsstil, kost, sömn, socioekonomisk situation, stress, civil status m.m.

Valet av enkätundersökning motiveras p.g.a. antalet anställda på företaget, vilket var 270 stycken. Enkäten kom att bestå av utvalda frågor som handplockats från befintliga enkäter som redan använts i tidigare studier. De frågor som valdes ut var för att kunna få en bred beskrivning om arbetslivet samt privatlivet hos varje enskild anställd.

2.4 Upplevd hälsa, medicinsk status & kostvanor

Upplevd hälsa, som består av 6 frågor (tagna ifrån en studie genomförd av Andersson, Defaire, Hultgren, Nilsson, Oddsson, Olin, Strand, Wahlgren, Wedman & Ekblom, 2008), handlar bl.a. om hur individen upplever sin fysiska och psykiska hälsa (skattningsskala 1-6 där 1 är mycket otillfredsställande och 6 mycket tillfredsställande), sitt sociala nätverk, om de tar sig tid att läsa böcker, lyssna på musik, gå på teater eller dylikt (skattning 1-3 där 1 är nej och 3 ja) och huruvida de upplever olika sorters känslor såsom glädje, meningsfullhet i privat- och arbetslivet med mera (skattning 1-7 där 1 är aldrig och 7 alltid). Med medicinsk status undersöktes det ifall individen intar mediciner samt ifall individen upplever vissa specifika besvär, exempelvis allergiska besvär, högt blodtryck med mera.

Kostvanor innehåller, utöver frågor om matvanor (olika skattningsskalor för fråga 1, 2 och 3-5), även frågor om alkoholvanor (antal glas, dricker ej alkohol-10 glas eller fler) samt rökning och snusning (1-3 där 1 är ja, 2 är ”Ja men sällan” och 3 är nej, se bifogad bilaga 2, s. 6-7). Dessa frågor, samt frågor om bakgrund, arbetserfarenhet och övrig information men även en fråga (”Hur fysisk ansträngande är ditt arbete?” som skattas från 1-4 där 1 är ej ansträngande och 4 mycket ansträngande) i ”Hur fysisk aktiv är du?” är tagna från GIH:s Hälsotest, en enkät som studier om bl.a. förekomst om obesitas (Andersson et al., 2008). Frågor om månadsinkomst och nivå av utbildning är även dessa tagna från detta frågeformulär och finns med i denna studie eftersom enligt Socialstyrelsens och Folkhälsoinstitutets årsrapport från år 2013 att dödlighet ökar med en kortare utbildning (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

2.5 Sömn

Frågorna om sömn är tagna från Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) och är sammanlagt 9 stycken frågor. Dessa frågor består av sju komponenter och behandlar bland annat när man går och lägger sig, hur lång tid det tar att somna, tid man går upp på morgonen, hur många timmars sömn man får, kvalitén på sömnen under senaste trettio dagarna samt om man har vissa besvär som sker och orsakar att det blir problematiskt med sömnen. Dessa frågor omvandlas till en poängskala där en totalpoäng av 5

eller högre är lika med dåliga sömnvanor. PSQI har använts i bl.a. i en sjukhusbaserad studie i Schweiz där man undersökte eventuella associationer mellan olika arbetsskador och sömnkvalitet, sömnduration och daglig trötthet (Bingisser et. al., 2013). Det har även använts i en studie där man undersökte om träning kunde ha förbättra sömnkvaliteten hos medelålders och äldre människor med sömnproblem (Pei-Yu Yang, Ka-Hou Ho, Hsi-Chung Chen & Meng-Yueh Chien, 2012). PSQI har enligt Carole Smyth en intern konsistens och en realibilitetskoefficient (Cronbachs alfa) på 0,83 för sina sju komponenter. Flertalet studier som har använt PSQI på olika mängder äldre befolkningar internationellt stöttar dess validitet och reliabilitet (Smyth, 2012).

2.6 Smärta/besvär

Smärta/besvär frågar om framför allt besvär i nacke, axlar, armbågar, handleder/händer, brösttrygg, ländrygg, höfter, knän och anklar/fötter (båda eller ena när det kommer till handleder/händer, knän och anklar/fötter). Utöver detta får även individen möjlighet att skriva egna kommentarer om sina besvär. Frågor för att besvara detta var tagna från Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) och först 9 frågor om man har haft besvär under de senaste tolv månaderna. Vid svar ja får man ytterligare 2 följdfrågor där man blir frågad om man varit tvungen att lämna sitt arbete p.g.a. sina symptom under de senaste tolv månaderna och slutligen om man har haft besvär de senaste sju dagarna. Denna form av enkät funnits användbara och pålitliga för att information om muskuloskeletal symptom (Andersson, Biering-Sørensen, Kilbom, Kuorinka, Jørgensen & Vinterberg, 1987). När smärta sedan ska användas för att undersöka samband har det valts att se på smärta under de senaste 12 månaderna för att få ett brett perspektiv.

2.7 Fysisk aktivitet

”Hur fysiskt aktiv är du?” frågar om individens aktivitetsnivå på fritiden samt även hur individen upplever sin fysiska ansträngningsnivå under arbetstid. Denna del innehåller 4 frågor, varav en fråga är Saltin-Grimbys Physical Activity Level Scale (SGPALS) där man har fyra stycken alternativ av fysisk aktivitetsnivå att välja mellan (1= Stillasittande fritid, 2= Lätt fysisk aktivitet, 3=Regelbunden fysisk aktivitet och träning, 4= Regelbunden hård träning eller tävlingsidrott. I denna studie adderas 3 och 4 till att bilda nivå 3), två är ifrån PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) som frågar om ben-/ledproblem och andra anledningar om varför man inte borde genomföra fysisk aktivitet. Slutligen är den fjärde frågan är ifrån GIH:s hälsotest. Saltin-Grimsby har använts i studier bl.a. på Västra Götalands

befolkning angående fysisk aktivitet och arbetsförmåga, där man visat att ett samband kring självrapporterad fysisk aktivitet och olika riskfaktorer. (Arvidsson et al., 2013; Börjesson et al., 2012).

2.8 Självupplevd arbetsförmåga

Självupplevd arbetsförmåga bevarades med hjälp av 11 frågor från en enkät vid namn Work Ability Index (WAI) och utvecklades vid det Finska arbetsmiljöinstitutet. WAI består av sju teman som är upplevd arbetsförmåga, arbetsförmåga i relation till arbetets krav, antal nuvarande sjukdomar, sjukdomars påverkan på arbetet, sjukfrånvaro, hur man själv bedömer sin arbetsförmåga om två år samt mentala/psykiska resurser. Sedan räknar man ut en slutpoäng från dessa frågor och därefter blir man indelad efter fyra kategorier av arbetsförmåga där poängen 7-27 är mycket låg (kategori 1), 28-36 låg (kategori 2), 37-43 god (kategori 3) och 44-49 utmärkt (kategori 4). Åtgärder som ska genomföras enligt WAI om en testdeltagare hamnar i grupp 1 är att återställa arbetsförmåga, vid grupp 2 är det att förbättra, vid grupp 3 stödja och vid grupp 4 att vidmakthålla. Dessa frågor har bl.a. använts i en studie genomförd på anställda i Västra Götaland inom vården vid Försäkringskassan (Arvidsson et al., 2013). WAI har även reliabilitetstestat och visade sig ha en god reliabilitet (de Zwart, Frings-Dresen & van Duivenbooden, 2002).

2.9 Stress

Stressfrågan som finns med i denna enkät har en tydlig definition för vad just stress är (se bifogad bilaga 2, s.5) och skattningsskalan ligger på 1-5 där 1 är väldigt mycket och 5 är inte alls. Denna fråga om stress har använts bl.a. i en studie genomförd i Göteborg där man ville undersöka variabler av betydelse för att nå 90 års ålder och även bestämma hur den prediktiva förmågan av dessa variabler kan förändras över tid (Eriksson, Hansson, Odén, Rosengren, Svärdsudd, Welin, Welin & Wilhelmson, 2010).

2.10 Definitioner

När samband mellan levnadsvanor och olika utfallsmått skulle undersökas delades populationen in i 5 olika grupper som jämfördes. Grupperna var rökare/icke rökare, snusare/icke snusare, BMI<25/BMI>25, god sömn/dålig sömn slutligen låg/hög fysisk aktivitetsnivå.

WAI-skalan delades in i 2 grupper, där *god arbetsförmåga* (benämns ”WAI – Hög”) definierades som kategori 3 + 4 (god + mycket god). *Låg arbetsförmåga* definierades som kategori 1 + 2 (mycket låg + låg) och benämndes ”WAI – låg”.

Indelningen av stressnivå blev på följande vis att gruppen med *hög stressnivå* definierades som ”Stress hög” och innehåller svarsalternativen 1-3. Gruppen som angav en *låg stressnivå* definierades som ”Stress låg” och är svarsalternativ 4-5.

En hög självupplevd fysisk hälsa benämndes som hög *Fysisk hälsa* definierat som svarsalternativen 4-6 och en låg självupplevd fysisk hälsa definierades som svarsalternativen 1-3 och benämns som låg *Fysisk hälsa*.

En hög självupplevd psykisk benämns som hög *Psykisk hälsa* och definierades av svarsalternativen 5-6 och en låg självupplevd psykisk benämndes låg *Psykisk hälsa* och definierades som svarsalternativen 1-4.

De som anses ha en *hög fysisk aktivitetsnivå* definierades som grupp 3 och 4 enligt SGPALS (3 = Regelbunden fysisk aktivitet och träning, 4 = regelbunden hård träning eller tävlingsidrott) och de som anses ha en *låg fysisk aktivitetsnivå*, definierades som grupp 1 och 2 (1 = Stillasittande fritid, 2 = Lätt fysisk aktivitet).

2.11 Tillvägagångssätt

Informationsmöte hölls med samtliga chefer för respektive arbetsgrupp där information om studien gavs. Samtliga enkäter kom sedan att delas ut via chefernas e-post som sedan vidarebefordrade dessa till de anställda i sin arbetsgrupp. De anställda blev givna ett datum (21 mars 2014) som enkäten senast skulle vara inlämnad till sin chef och därefter samlades samtliga enkäter in för sammanställning. De blev även informerade om att deltagandet i studien är helt frivilligt och att det skulle behandlas anonymt.

2.12 Dataanalys

All data från enkäterna sammanställdes med hjälp av Statistica, version 12. Tables and banners användes vid samtliga mätningar och ett Chi²-test genomfördes sedan på samtliga beräkningar. För de 3 första frågeställningarna jämfördes män mot kvinnor. För den 4:e frågeställningen genomfördes 5 olika jämförelser (rökare/icke rökare, snusare/icke snusare, överviktiga och feta/under- och normalviktiga (BMI över 25 kontra BMI under 25), dåliga sömnvanor/bra sömnvanor och slutligen låg kontra hög fysisk aktivitetsnivå).

2.13 Etiska aspekter

Företaget hade som mål att samtliga anställda skulle delta i undersökningen för att få bästa möjliga validitet i densamma. Deltagarna blev informerade om att studien är helt anonym och för att säkerhetsställa saknades personlig information såsom namn, personnummer, adress och e-post i enkäten.

2.14 Reliabilitet & Validitet

Reliabilitet handlar i stor utsträckning om upprepbarhet (Hassmén, N., Hassmén, P., 2008). Detta innebär att om två studier genomförs tätt inpå varandra ska resultatet vara detsamma, under förutsättningen att ingenting har förändrats, för att en hög reliabilitet ska kunna uppnås (Ibid, 2008).

Hög validitet handlar om att studien som genomförs lyckas få ett svar på det som är av intresse (Ibid, 2008). Validitet kan även delas upp i olika former, bl.a. intern och extern validitet. Intern validitet syftar på huruvida de slutsatser som man kommit fram till under sin undersökning är trovärdiga eller inte. Extern validitet handlar istället om generaliserbarhet, om möjligheten att generalisera till andra situationer, grupper och miljöer från en undersökning. (Ibid, 2008).

Reliabiliteten av denna studie är ej undersökt specifikt, men däremot används reliabla frågor i frågebatteriet, vilket höjer reliabiliteten. Studiens reliabilitet skulle kunna sänkas på grund av recall bias som kan uppstå via den subjektiva bedömningen för varje anställd. Vad som menas med detta är exempelvis att en deltagare kanske inte svarar sanningsenligt eller möjligtvis överskattar/underskattar ett svar, med mera.

Den interna validiteten av denna studie anses vara av en hög nivå p.g.a. en hög svarsfrekvens och validitet i frågorna. Genom enkäten som sammanställts anses det därmed möjligt att få svar på det som studien vill undersöka. Däremot är den externa validiteten låg, d.v.s. det är svårt att generalisera kring detta för andra populationer eftersom hela målpopulationen är från samma företag. Att därmed generalisera studiens resultat gentemot en annan population anses därmed inte vara möjligt.

3. Resultat

3.1 Basaldata

Av totalt 270 anställda besvarade 155 enkäten, vilket motsvarade en svarsfrekvens på 57 %. Tabell 1 visar att 130 män (85 %), 24 kvinnor (15 %) och en med icke-angivet kön, deltog. Snittåldern bland männen var 47 år och bland kvinnorna 43 år. Den deltagare som valde att inte dela med sig av sitt kön och kommer inte användas i analys av skillnader mellan män och kvinnor).

Tabell 1: Sammanfattning av populationens basaldata (p-värde = n.s. betyder icke signifikant)

	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>p-värde</u>
<u>Antal:</u>	130	24	
<u>Snittålder:</u>	47	42,8	
<u>Civilstånd:</u>			
Singlar	32 (25 %)	8 (33 %)	
Särbo	12 (9 %)	0 (0 %)	
Gifta	32 (66 %)	16 (67 %)	p=0,25 (n.s.)
<u>Utbildning:</u>			
Grundskola	19 (15 %)	2 (9 %)	
Gymnasium	97 (75 %)	14 (58 %)	
Folkhögskola	1 (1 %)	1 (4 %)	
Högskola/Universitet	9 (7 %)	7 (29 %)	
Annan utbildning	4 (2 %)	0 (0 %)	p=0,01

(Den deltagare vars kön är okänt var 48 år, gift och hade genomfört en gymnasieutbildning, men kommer som sagt inte föras in vid jämförelser vid män/kvinnor).

3.2 Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?

3.2.1 Levnadsvanor

Medelvärde för BMI, var bland männen 27 och bland kvinnorna 26, vilket innebär att båda könen i denna population i snitt är överviktiga (tabell 2). En signifikant skillnad sågs avseende fördelningen av BMI-kategorierna. Över en femtedel av kvinnorna i studien klassas som rökare. De som rökte bara ibland, klassades i denna studie som rökare, likaså klassades de som bara snusade ibland, som snusare.

Tabell 2 - Sammanfattning 3.2 – BMI, rökning, snusning, SGPALS, PSQI och Ansträngning på jobbet

	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>p-värde</u>
<u>BMI-snitt:</u>	27,4	26,4	
<u>BMI-kategori:</u>			
Underviktiga (Grupp 1)	0 (0 %)	1 (4 %)	
Normalviktiga (Grupp 2)	30 (23 %)	10 (43 %)	
Överviktiga (Grupp 3)	71 (55 %)	5 (21 %)	
Feta (Grupp 4)	26 (22 %)	7 (30 %)	p=0,01

<u>Rökning</u>			
Rökare	16 (12 %)	5 (21 %)	
Icke rökare	114 (88 %)	19 (79 %)	p=0,33 (n.s)
<u>Snusning</u>			
Snusare	38 (28 %)	3 (12 %)	
Icke snusare	92 (72 %)	21 (88 %)	p=0,09 (n.s)
<u>SGPALS (Fysisk aktivitet)</u>			
Grupp 1	18 (14 %)	1 (4 %)	
Grupp 2	62 (49 %)	16 (67 %)	
Grupp 3	39 (30 %)	7 (29 %)	
Grupp 4	9 (7 %)	0 (0 %)	p=0,20 (n.s)
<u>PSQI (Sömnkvalitet)</u>			
Goda sömnvanor	69 (54 %)	11 (46 %)	
Dåliga sömnvanor	58 (46 %)	13 (54 %)	p=0,44 (n.s)
<u>Ansträngning inom jobbet</u>			
Ej Ansträngande	36 (28 %)	10 (42 %)	
Ganska ansträngande	61 (48 %)	8 (33 %)	
Ansträngande	28 (22 %)	6 (25 %)	
Mycket ansträngande	3 (2 %)	0 (0 %)	p=0,43 (n.s)

3.2.2 Kostvanor

Majoriteten av både män och kvinnor anger i studien att de äter frukost, lunch och middag under en normal vecka måndag-fredag. 27 % av männen och 38 % av kvinnorna uppger att de inte äter en fettsnål kost och endast 9 % av männen äter frukt och/eller bär 1 gång/vecka eller mindre. En signifikant skillnad mellan könen sågs avseende alkoholintag, där männen dricker mer (40 % av männen angav att de dricker 3-4 glas till skillnad från 8 % av kvinnorna). 17 % av både männen och kvinnorna äter fiberrik gröt, müsli, grovt bröd eller liknande 1 gång/vecka eller mindre. Inga män eller kvinnor äter chips, jordnötter, choklad/godis, kaffebröd, glass 1-2 gånger/dag eller mer. I tabell 3 ses en sammanställning av kostvanorna.

Tabell 3 - Sammanställning av kostvanor

<u>Frukost</u>	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>p-värde</u>
Ja	126 (98 %)	23 (96 %)	
Nej	3 (2 %)	1 (4 %)	p=0,60 (n.s)
<u>Lunch</u>			
Ja	123 (95 %)	23 (96 %)	
Nej	6 (5 %)	1 (4 %)	p=0,92 (n.s)
<u>Middag</u>			
Ja	117 (91 %)	23 (96 %)	
Nej	12 (9 %)	1 (4 %)	p=0,41 (n.s)
<u>Fettsnål kost</u>			
Ja	8 (6 %)	0 (0 %)	
Ja, oftast	46 (35 %)	8 (33 %)	
Ja, ibland	44 (33 %)	7 (29 %)	
Nej	35 (27 %)	9 (38 %)	p=0,50 (n.s)
<u>Alkoholvanor</u>			
Dricker ej alkohol	12 (9 %)	7 (29 %)	
1-2 glas	43 (33 %)	11 (46 %)	
3-4 glas	52 (40 %)	2 (8 %)	
5-6 glas	16 (12 %)	3 (13 %)	
7-9 glas	5 (4 %)	1 (4 %)	

10 glas eller fler	1 (1 %)	0 (0 %)	p=0,02
<u>Hur ofta äter du?..</u>			
<u>Frukt/bär</u>			
<1 gång/v.	12 (9 %)	1 (4 %)	
1-3 ggr/v.	32 (25 %)	8 (33 %)	
4-6 ggr/.	32 (25 %)	6 (25 %)	
1-2 ggr/dag	41 (32 %)	7 (29 %)	
3 ggr/dag eller mer	12 (9 %)	2 (8 %)	p=0,87 (n.s)
<u>Grönsaker/rotfrukter</u>			
<1 gång/v.	5 (4 %)	0 (0 %)	
1-3 ggr/v.	26 (20 %)	6 (25 %)	
4-6 ggr/.	35 (27 %)	6 (25 %)	
1-2 ggr/dag	54 (42 %)	7 (29 %)	
3 ggr/dag eller mer	9 (7 %)	5 (21 %)	p=0,18 (n.s)
<u>Fiberrik gröt m.m.</u>			
<1 gång/v.	22 (17 %)	4 (17 %)	
1-3 ggr/v.	26 (20 %)	4 (17 %)	
4-6 ggr/.	29 (22 %)	5 (21 %)	
1-2 ggr/dag	47 (36 %)	9 (38 %)	
3 ggr/dag eller mer	5 (4 %)	2 (8 %)	p=0,90 (n.s)
<u>Hur ofta äter du?...</u>			
<u>Chips, jordnötter</u>			
Aldrig	14 (11 %)	4 (17 %)	
1-3 ggr/mån. eller mindre	75 (58 %)	17 (71 %)	
1-2 ggr/v.	36 (28 %)	3 (13 %)	
3-6 ggr/v.	4 (3 %)	0 (0 %)	
1-2 ggr/dag eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	p=0,23 (n.s)
<u>Choklad/godis</u>			
Aldrig	11 (9 %)	2 (8 %)	
1-3 ggr/mån. eller mindre	69 (53 %)	10 (42 %)	
1-2 ggr/v.	41 (32 %)	9 (38 %)	
3-6 ggr/v.	8 (6 %)	3 (13 %)	
1-2 ggr/dag eller mer	0 (0 %)	3 (13 %)	p=0,60 (n.s)
<u>Kaffebröd</u>			
Aldrig	16 (12 %)	2 (8 %)	
1-3 ggr/mån. eller mindre	58 (45 %)	9 (38 %)	
1-2 ggr/v.	45 (35 %)	9 (38 %)	
3-6 ggr/v.	10 (8 %)	4 (17 %)	
1-2 ggr/dag eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	p=0,51 (n.s)
<u>Glass</u>			
Aldrig	15 (12 %)	3 (13 %)	
1-3 ggr/mån. eller mindre	101 (78 %)	17 (71 %)	
1-2 ggr/v.	12 (9 %)	4 (17 %)	
3-6 ggr/v.	1 (1 %)	0 (0 %)	
1-2 ggr/dag eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	p=0,71 (n.s)
<u>Läsk/saft</u>			
Aldrig	24 (19 %)	7 (29 %)	
1-3 ggr/mån. eller mindre	101 (78 %)	12 (50 %)	
1-2 ggr/v.	25 (19 %)	4 (17 %)	
3-6 ggr/v.	17 (13 %)	1 (4 %)	
1-2 ggr/dag eller mer	0 (0 %)	1 (4 %)	p=0,59 (n.s)

3.3 Hur ser förekomsten av smärtrelaterade symptom ut på företaget?

12 % av männen och 17 % av kvinnorna anger att de haft besvär inom samtliga 9 kroppsområden som undersöktes, under de senaste 12 månaderna. 42 % av männen och 46 % av kvinnorna har haft besvär med nacken och en tredjedel av både män och kvinnor med sina

axlar. Signifikanta skillnader sågs avseende besvär med handleder/händer, under senaste 12 månaderna, där 38 % av kvinnorna har haft besvär till skillnad från 14 % män. Även under de senaste 7 dagarna är de signifikanta skillnader, inte bara i händer/handleder utan även i bröstryggen. I tabell 4 sammanställs studiepopulationens smärtsymptom.

**Tabell 4 – Sammanfattning av smärtsymptom (procenten är på den totala mängden män resp. kvinnor i studien.)
n.s = ej signifikant**

<u>Senaste 12 månaderna</u>	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>p-värde</u>
Nacke	42 (32 %)	11 (46 %)	p=0,20 (n.s)
Axlar	44 (34 %)	8 (33 %)	p=0,96 (n.s)
Armbågar	22 (17 %)	7 (29 %)	p=0,16 (n.s)
Handleder/fötter	18 (14 %)	9 (38 %)	p=0,01
Bröstrygg	18 (14 %)	7 (29 %)	p=0,06 (n.s)
Ländrygg	45 (35 %)	7 (29 %)	p=0,60 (n.s)
Höfter	16 (12 %)	4 (17 %)	p=0,56 (n.s)
Knän	33 (25 %)	4 (17 %)	p=0,36 (n.s)
Fotleder/fötter	21 (16 %)	6 (25 %)	p=0,30 (n.s)
<u>Behövt lämna arbetet</u>			
Nacke	11 (9 %)	5 (21 %)	p=0,07 (n.s)
Axlar	17 (13 %)	4 (17 %)	p=0,64 (n.s)
Armbågar	9 (7 %)	2 (8 %)	p=0,60 (n.s)
Handleder/fötter	3 (2 %)	1 (4 %)	p=0,60 (n.s)
Bröstrygg	6 (5 %)	3 (13 %)	p=0,13 (n.s)
Ländrygg	17 (13 %)	2 (8 %)	p=0,52 (n.s)
Höfter	7 (5 %)	1 (4 %)	p=0,81 (n.s)
Knän	14 (11 %)	2 (8 %)	p=0,72 (n.s)
Fotleder/fötter	5 (4 %)	1 (4 %)	p=0,94 (n.s)
<u>Senaste 7 dagarna</u>			
Nacke	16 (12 %)	4 (17 %)	p=0,56 (n.s)
Axlar	19 (15 %)	3 (13 %)	p=0,79 (n.s)
Armbågar	5 (4 %)	2 (8 %)	p=0,33 (n.s)
Handleder/fötter	7 (5 %)	5 (21 %)	p=0,01
Bröstrygg	6 (5 %)	4 (17 %)	p=0,03
Ländrygg	20 (15 %)	2 (8 %)	p=0,36 (n.s)
Höfter	5 (4 %)	2 (8 %)	p=0,33 (n.s)
Knän	13 (10 %)	1 (4 %)	p=0,36 (n.s)
Fotleder/fötter	9 (7 %)	3 (13 %)	p=0,35 (n.s)

3.4 Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?

Majoriteten av deltagarna i studien skattar sin arbetsförmåga som god eller mycket god (tabell 5). Studien visade också på en låg nivå av upplevd stress på företaget. Inga signifikanta könsskillnader sågs här.

Tabell 5 - Sammanfattning 3.4 – Antal (inom parentes = antal i %)

<u>Arbetsförmåga (WAI)</u>	<u>Män</u>	<u>Kvinnor</u>	<u>p-värde</u>
Kategori 1 (Mycket låg)	3 (2 %)	1 (4 %)	
Kategori 2 (Låg)	21 (16 %)	6 (25 %)	
Kategori 3 (God)	49 (38 %)	11 (46 %)	
Kategori 4 (Mycket god)	57 (44 %)	6 (25 %)	p=0,35 (n.s)
<u>Upplevd Stressnivå</u>			
Väldigt mycket	1 (1 %)	0 (0 %)	
Ganska mycket	2 (2 %)	0 (0 %)	
I viss mån	25 (19 %)	2 (8 %)	

Bara lite	56 (43 %)	9 (38 %)	
Inte alls	46 (35 %)	13 (54 %)	p=0,42 (n.s)

Kroppsliga (fysiska) hälsan

Mycket tillfredsställande	14 (11 %)	1 (4 %)	
Tillfredsställande	53 (41 %)	9 (38 %)	
Ganska tillfredsställande	38 (29 %)	8 (33 %)	
Ganska otillfredsställande	16 (12 %)	6 (25 %)	
Otillfredsställande	6 (5 %)	0 (0 %)	
Mycket otillfredsställande	2 (2 %)	0 (0 %)	p=0,44 (n.s)

Själsliga (psykiska) hälsan

Mycket tillfredsställande	26 (20 %)	5 (21 %)	
Tillfredsställande	64 (50 %)	12 (50 %)	
Ganska tillfredsställande	32 (25 %)	6 (25 %)	
Ganska otillfredsställande	4 (3 %)	1 (4 %)	
Otillfredsställande	2 (1 %)	0 (0 %)	
Mycket otillfredsställande	1 (1 %)	0 (0 %)	p=0,99 (n.s)

Socialt nätverk

Ja	59 (46 %)	13 (54 %)	
Ja, ganska	62 (48 %)	11 (46 %)	
Nej	8 (6 %)	0 (0 %)	p=0,40 (n.s)

Tid för böcker m.m.

Ja	45 (35 %)	8 (33 %)	
Ja, ibland	68 (53 %)	15 (63 %)	
Nej	16 (12 %)	1 (4 %)	p=0,45 (n.s)

3.5 Samband mellan självrapporterad fysisk aktivitet, smärta/besvär, sömnvanor, upplevd hälsa och självupplevd arbetsförmåga?

5 olika jämförelser inom populationen genomfördes: rökare/icke rökare, snusare/icke snusare, överviktiga och feta/under- och normalviktiga (BMI över 25 kontra BMI under 25), dåliga sömnvanor/bra sömnvanor och slutligen låg kontra hög fysisk aktivitetsnivå (tabell 6).

1. Analysen visade att *rökare* ej hade mer besvär än icke rökare. De hade inte lägre WAI, fysisk och psykisk hälsa eller en högre stressnivå och mer förekomst av smärta/besvär under det senaste året.
2. *Snusare* hade en högre självrapporterad arbetsförmåga till skillnad från icke snusare. Utöver detta sågs inga signifikanta skillnader.
3. Det sågs en signifikant skillnad avseende gruppen som hade ett *BMI lägre än 25*, till skillnad från gruppen som hade ett *BMI högre än 25*. De som hade ett BMI lägre än 25

visade sig ha en högre självupplevd fysisk hälsa. Utöver detta sågs inga signifikanta skillnader.

4. När det sedan kom till samband avseende hög respektive låg *fysisk aktivitetsnivå* sågs det en signifikant skillnad när det kom till den självupplevda fysiska hälsan. Det sågs att de som hade en hög fysisk aktivitetsnivå hade en högre självupplevd hälsa. Utöver dessa sågs inga signifikanta skillnader.
5. Flera signifikanta skillnader sågs avseende goda *sömnvanor* respektive dåliga sömnvanor. De som hade dåliga sömnvanor hade signifikant lägre WAI, högre stressnivåer, en lägre självupplevd fysisk och psykisk hälsa och sågs även ha mer självrapporterad smärta under de senaste 12 månaderna.

Tabell 6 - Jämförelser och samband – SÖMN (n.s = ej signifikant)

	<u>Dålig sömn</u>	<u>God sömn</u>	<u>p-värde</u>
<u>WAI – hög</u>	47 (66 %)	74 (91 %)	
<u>WAI – låg</u>	24 (34 %)	7 (9 %)	p= < 0,01
<u>Stress – hög</u>	22 (31 %)	7 (9 %)	
<u>Stress – låg</u>	49 (69 %)	74 (91 %)	p= < 0,01
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	49 (69 %)	73 (90 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	22 (31 %)	8 (10 %)	p= < 0,01
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	41 (58 %)	65 (80 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	30 (42 %)	16 (20 %)	p= < 0,01
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	39 (55 %)	61 (75 %)	
Ja	32 (45 %)	20 (25 %)	p= < 0,01
<u>Axlar</u>			
Nej	35 (49 %)	66 (81 %)	
Ja	36 (51 %)	15 (19 %)	p= < 0,01
<u>Armbågar</u>			
Nej	52 (73 %)	71 (88 %)	
Ja	19 (27 %)	10 (12 %)	p=0,02
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	53 (75 %)	72 (89 %)	
Ja	18 (25 %)	9 (11 %)	p=0,02
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	54 (76 %)	73 (90 %)	
Ja	17 (24 %)	8 (10 %)	p=0,02
<u>Ländrvgg</u>			
Nej	45 (63 %)	56 (69 %)	
Ja	26 (37 %)	25 (21 %)	p=0,45 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	57 (80 %)	75 (93 %)	
Ja	14 (20 %)	6 (7 %)	p=0,03
<u>Knän</u>			
Nej	49 (69 %)	66 (81 %)	
Ja	22 (31 %)	15 (19 %)	p=0,07 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	54 (76 %)	71 (88 %)	
Ja	17 (24 %)	10 (12 %)	p=0,06 (n.s)

4. Diskussion

Syftet med denna tvärsnitt-/ enkätstudie var att undersöka förekomsten (prevalensen) av besvär/smärtsymptom på ett industriföretag, samt hur företagets anställdas levnadsvanor ser ut, hur de upplever sin hälsa, arbetsförmåga, stressnivå och slutligen ifall det kan finnas några samband mellan levnadsvanor och de anställdas självupplevda smärta/besvär, stress eller arbetsförmåga.

Studiens visar att populationen överlag angav att de rör mycket på sig, har goda kostvanor, upplever lite stress och har en god arbetsförmåga. Trots detta har både männen och kvinnorna båda ett medel BMI som gör att de klassas som överviktiga. Dessutom hade närmare hälften av populationen dåliga sömnvanor.

Huvudfynden i denna studie var att sömnen sågs ha en stor samverkan med de anställdas självrapporterade arbetsförmåga, stressnivå, fysiska och psykiska hälsa samt förekomsten av smärta. Värt att notera också var den skeva fördelningen av urvalet med 130 män och 24 kvinnor (samt 1 deltagare som inte ville delge sitt kön) som möjligtvis kan ha påverkat resultaten.

4.1 Metoddiskussion

En kvantitativ metod i form av ett frågeformulär valdes för att kunna få ett stort underlag och därmed öka trovärdigheten på erhållna resultat. Totalt sett deltog 155 anställda. Hade en kvalitativ metod valts (möjligtvis i form av intervjuer) hade antalet deltagare behövt begränsas till högst ett tiotal personer och detta hade, enligt mig, begränsat användningen av studiens resultat då det säkerligen inte hade kunnat representera merparten av företaget.

Istället för att konstruera egna frågor till enkäten valdes frågor som redan använts i flertalet andra studier. Genom att använda frågor som sedan tidigare visat sig vara valida, ökar studieresultatets pålitlighet. Genom att använda dessa frågor uppkommer även möjligheten att kunna jämföra denna studies resultat med andra tidigare studier, till en viss del.

Hade tid och möjlighet funnits hade det varit intressant att skapa ett eget frågeformulär från bas och undersöka ifall de frågor man konstruerat gick att använda sig utav. Det hade även varit önskvärt att få hålla ett informationsmöte för samtliga anställda där de hade fått en personlig beskrivning av studien. Dessutom hade det varit önskvärt att få kunna dela ut enkäterna personligen till varje enskild deltagare, men det fanns inga logistiska möjligheter och tid för att genomföra detta.

En upplevd fördel med denna valda metod var att i kombination med en svarsperiod på 17 dagar gav det varje enskild deltagare en möjlighet till betänketid. Därmed kanske inte ett svar behövde ges under stressiga förhållanden. Däremot skulle det kunna vara så att detta kan ha lett till att många av deltagarna skjutit upp på att svara till sista stund och på så vis kan ett stressmoment ha uppkommit.

En upplevd nackdel med denna metod är däremot det faktum att det blir en subjektiv bedömning, d.v.s. varje deltagare skattar sitt svar. Detta skulle kunna leda till antingen under- eller överskattning av frågor och därmed ge ett felaktigt resultat i förhållande till varje deltagares verklighet. Påverkan av miljö och andra människor blir även en faktor som kan spela roll i svarsgivandet. Önskat hade varit att kunna säkerhetsställa att varje deltagare hade haft en minimal påverkan av närliggande faktorer vid den tidpunkt som enkäten besvarades.

4.2 Resultatdiskussion

Den hypotes som var grunden till denna studie var att de som rapporterade en lägre nivå av fysisk aktivitet skulle ha en högre upplevd nivå av besvär/smärtsymptom. De förväntades också ha sämre levnadsvanor i form av stress och sömn, samt sämre upplevd hälsa och ha en lägre skattad arbetsförmåga.

Det ska nämnas att datan som har sammanställts och redovisats i denna rapport är data som anses vara relevant till studiens hypotes. All övrig data visade inget statistiskt samband och därmed redovisades inte denna data (för övrig statistik, se bilaga 3).

4.2.1 Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?

Enbart 14 % av männen och 4 % totalt av kvinnorna svarade att de hade en fysisk inaktiv fritid, vilket innebär att andelen inaktiva män var högre och andelen inaktiva kvinnor var lägre jämfört med tidigare studier på en annan population i Västra Götaland. Den totala mängden deltagare som var inaktiva var fler i denna studie genomfört med tidigare studier, (Arvidsson, 2013; Börjesson, 2012). Populationen i denna studie hade också ett högre genomsnittligt BMI-värde (27 för män och 26 för kvinnor), jämfört med populationen i en av studierna av Västra Götalandsregionen (2013). Vid den andra studien (2012) var snittet liknande (27 för män och 26 för kvinnor). Detta är viktigt då höga BMI-värden har visat sig ha ett samband med riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar (såsom högre vilopuls, midjeomfång, låga nivåer av HDL-kolesterol med mera), och med deltagare som rapporterat lägre fysisk aktivitetsnivå. Männen och kvinnorna i denna studie angav att de var mer aktiva än

populationer i tidigare studier. Vad detta skulle kunna bero på kan spekuleras om. Möjligtvis skulle åldern kunna spela roll, där populationen i Västra Götaland hade en snittålder på 47 (Arvidsson, 2013) samt 52 år för män och 51 år för kvinnor (Börjesson, 2012). I denna studie är snittåldern 47 bland männen och endast 42 bland kvinnorna (46 i snitt över hela populationen). En annan möjlighet skulle kunna vara yrkesområdena, där denna studie var genomförd på anställda inom produktionsindustrin och tidigare studier på anställda inom hälso- och sjukvården.

I denna studie var 12 % av männen och 21 % av kvinnorna rökare, vilket var nästan samma siffror (14 % av männen och 20 % av kvinnorna) som sågs i studien genomförd av Börjesson et. al. (2012). Man rapporterade i VGR-studien att deltagare som var fysiskt inaktiva var mer benägna till att ha höga upplevda nivåer av stress, vilket inte kunde ses i vår studie. Detta kan möjligen bero på väldigt låga stressnivåer, som de anställda rapporterade. Hur det kommer sig att vi inte kunde visa motsvarande samband i denna studie, skulle delvis kunna bero på den subjektiva bedömningen av stress och fysisk aktivitet som vi använt, d.v.s. att man kanske över-/underskattar sin stress. Eller möjligtvis att denna population helt enkelt inte upplever högre nivåer av stress.

Majoriteten av män och kvinnor i studien, uppger att de äter frukost, lunch och middag. Konsumtionen av godsaker såsom chips, jordnötter, choklad/godis, kaffebröd, glass samt läsk/saft var på väldigt låga nivåer och många försöker att äta en fettfri kost. Det förekommer dock, enligt mig, lite fiber i kosten överlag då både 17 % män och kvinnor äter 1 gång eller mindre/vecka. Bortsett från fiberintaget verkar denna population sköta sin kost bra och de rör på sig/motionerar, men trots det har höga BMI-värden. Vad detta kan bero på kan vi bara spekulera i, men det skulle ännu en gång kunna ha att göra med den subjektiva bedömningen och att under- eller överskattning av den fysiska aktivitetsnivån eller kosten. Möjligtvis skulle det kunna vara på följande vis att många deltagare äter mer mat (än de kanske är medvetna om) och inte kompenserar sitt energiintag med tillräckligt mycket motion.

4.2.2 Hur är förekomsten av smärtrelaterade symptom, på företaget?

Sett under de senaste 12 månaderna har över 30 % av männen haft problem med nacke, axlar och ländrygg och utöver detta har en fjärdedel haft besvär med sina knän. Kvinnorna har däremot haft mer besvär sett till antal procent över samtliga 9 smärtområden med nästan hälften som haft nackbesvär och närmre en tredjedel som har haft besvär med axlar, handleder/händer, bröst- och ländrygg. Problem med muskelsmärta är något som ökar med

stigande ålder och att kvinnor rapporterar oftare att de lider av dessa besvär i jämförelse mot män, vilket skulle kunna vara något som förklarar att kvinnorna har en högre frekvens också i denna studie. Den relativt höga snittåldern på företaget skulle också kunna vara en faktor enligt denna teori. Perioder av muskelsmärta kan, övergå till långvariga besvär (länge än 6 månader), vilket kan orsaka stort lidande och minskad livskvalitet för dem som drabbas (Hallman et. al., *Stress*, 2013, s. 181). Detta skulle kunna vara en faktor som gjort att antalet som har haft besvär under de senaste 12 månaderna ökat samtidigt som det också är en subjektiv upplevelse. Vissa kanske har haft besvär under enbart en dag medan andra haft det under en period av flera månader.

En annan faktor som skulle kunna vara ha en avgörande roll, är att de anställda som har besvär inte har någon variation i sina arbetsuppgifter utan de genomför samma rörelser väldigt ofta och kanske med/i en sämre arbetsställning. Psykosociala faktorer och upplevd stress, på eller utanför arbetet, kan öka risken för att drabbas av besvär. Detta skulle vara svårt att koppla till denna studies resultat med tanke på den låga stressnivån som upplevs på företaget. Utöver detta har även denna population goda fysiska aktivitetsnivåer, enligt frågeformuläret, vilket är något som kan leda till positiva effekter på kroppens stressregleringssystem, och t.o.m. minska stresskänsligheten (Hallman et al., s. 182-189).

4.2.3 Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?

Merparten av företagets anställda skattade sin arbetsförmåga, ifrån tillfredsställande till ganska tillfredsställande (70 % av männen och 71 % av kvinnorna). Få, 11 % av männen och 4 % av kvinnorna upplevde den som mycket tillfredsställande, medan 12 % av männen och 25 % av kvinnorna upplevde den som ganska otillfredsställande. I fördelningen av den psykiska hälsan angav nästan dubbelt så många män, att den var mycket tillfredsställande och nästan fem gånger så många kvinnor i jämförelse till den upplevda fysiska hälsan. Både 75 % av män och kvinnor upplevde sin psykiska hälsa som tillfredsställande och ganska tillfredsställande, vilket bara är lite mer än till skillnad från fysiska hälsan. Det fanns därmed inga signifikanta skillnader mellan könen i detta avseende. Vad som sedan avgjorde att 25 % kvinnor och bara 12 % män upplevde sin fysiska hälsa som ganska otillfredsställande kunde inte besvaras i denna studie.

Avseende bedömning av den egna arbetsförmågan angav nästan 20 procentenheter mer män än kvinnor en mycket god arbetsförmåga (44 % kontra 25 %), medan det avseende god arbetsförmåga inte sågs några större skillnader. Dessutom var det fler kvinnor som angav en

mycket låg till låg arbetsförmåga (18 % män kontra 29 % kvinnor). Man skulle kunna fundera över vad som får nästan 20 % mer män att bedöma sin arbetsförmåga som mycket god. Detta skulle kunna bero på det låga antalet kvinnliga deltagare i studien, vilket möjligtvis kan ha haft en påverkan på detta resultat, genom ett skevt urval. Värt att notera var dock att det genomsnittliga värdet för män var på 41 poäng och för kvinnor 40 poäng, vilket innebär att båda könsens genomsnittliga arbetsförmåga kan betraktas som god. Detta resultat motsäger inte resultat, där man visat att en ökad fysisk aktivitetsnivå var positivt relaterad till arbetsförmåga (Arvidson et al., 2013).

Intressant nog, angav män högre upplevda stressnivåer än kvinnorna i denna studie. Detta resultat skiljer sig från den tidigare nämnda VGR-studien där kvinnor var mer benägna till att uppleva stress än män (Börjesson et al., 2012). Kunskapen om könsskillnader i stressrelaterade besvär är som är ofullständig (Hensing, *Stress*, 2013, s.52), men genetik, livsvillkor och organisering av det obetalda arbetet (hem och hushåll) skulle kunna vara faktorer som påverkar stressnivåer (Hensing (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. ss. 52-57). Därmed öppnar det för olika spekulationer om vad som gör att männen i denna studie upplever mer stress än kvinnorna. Kanske det är ännu ett fall av den subjektiva bedömningen, d.v.s. att det kvinnor upplever som inte alls stressigt kan männen uppleva som stressigt. Männen i denna studie kanske upplever mer stress p.g.a. ökad obetalt arbete och/eller möjligtvis p.g.a. försämrade livsvillkor till skillnad från de kvinnliga deltagarna i studien.

4.2.4 Vilka samband ses avseende fysisk aktivitet och sömnbesvär med smärta/besvär, levnadsvanor och självupplevd arbetsförmåga?

För att undersöka detta valdes att titta på sambanden mellan rökning, snusning, BMI, sömnvanor och fysisk aktivitet och självupplevd stress, upplevd hälsa, arbetsförmåga och smärtbesvär. När rökvanorna jämfördes hittades inga signifikanta skillnader där rökning inte hade något samband med vare sig självrapporterad arbetsförmåga, stressnivå, upplevda hälsa eller smärta, till skillnad från studien genomförd av Börjesson et. al. (2013) som kunde konstatera att rökning hade ett samband (tillsammans med en inaktiv fritid) med högre stressnivåer. Kanske det kan vara så att denna populations fysiska aktivitetsnivå väger upp detta då de anger att de är mer fysiskt aktiva än deltagarna i studierna genomförda av Arvidson et. al. (2013) och Börjesson et. al (2013). Kan det möjligtvis vara så att detta gör att stressnivåerna sjunker och att man därmed inte kan se någon koppling till rökning?

Snusare skattade sin arbetsförmåga som hög, d.v.s. de skattade sin arbetsförmåga som antingen god eller mycket god istället för låg eller mycket låg, istället för icke snusare. Varför snusare har en högre självupplevd arbetsförmåga är oklart.

Avseende de med högt respektive lågt BMI, sågs inga skillnader, förutom att de som hade ett BMI<25, d.v.s. de som var antingen under- eller normalviktiga var mer tillfreds med sin fysiska hälsa jämfört med deltagarna som antingen var överviktiga eller feta. Övervikt är associerat med en minskad fysisk prestationsförmåga, vilket skulle kunna bidra till dessa fynd.

Studien visade också att de som sov dåligt hade en sämre arbetsförmåga, de upplevde signifikant högre stressnivåer, skattade sin fysiska och psykiska hälsa lägre och hade betydligt mer besvär/smärtsymptom under de senaste 12 månaderna. Både den höga förekomsten av sömnbesvär i den undersökta populationen, samt dess samband med ohälsa och stress, har stor klinisk betydelse.

Teoretiskt förekommer färre sömnstörningar hos individer som är nöjda med sitt arbete och inte rapporterar stress och som har ett gott socialt stöd på arbetet. Även självrapporterad stress visar klart samband med självrapporterad störd sömn. Sönnen kan också spela en stor del i vår återhämtning och sönnen kan ha en påverkan på vår prestationsförmåga, genom att för lite sömn påverkar vår prestationsförmåga negativt. Att kämpa emot ett sömnbehov kan även ha konsekvenser för funktionsförmåga och mycket annat (Kecklung & Åkerstedt (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. ss.130-135). Detta skulle kunna vara något som påverkat arbetsförmågan hos dem som har dåliga sömnvanor, så att möjligtvis deras förmåga att hålla sig pigga under arbetstid reduceras och att deras förmåga att hantera stress förminskas. Sömnbesvär kan även bidra till utveckling av kroppslig ohälsa, genom att de är associerade med sämre matvanor och har effekter på metabola parametrar (jfr sömn apné syndrom).

Sömnproblem är även associerat till muskelsmärta (Hallman & Lyskov (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. ss.185) vilket skulle kunna förklara just varför de med dåliga sömnvanor är avsevärt mer benägna till att ha smärtrelaterade symptom.

Det fanns dock inget stöd för vår huvudteori, då det inte fanns några signifikanta samband mellan låg fysisk aktivitetsnivå och utfallsmåtten i denna studie, mer än att de som hade en hög fysisk aktivitetsnivå var mer tillfreds med sin fysiska hälsa. Detta var något som var annorlunda till skillnad från studier i Västra Götalands-regionen (2012) där det visade sig att

en högre fysisk aktivitetsnivå kunde ha ett samband med en bättre arbetsförmåga och dessutom till lägre stressnivåer.

Det visade sig dock att tillfredsställelsen med den fysiska hälsan var större hos de som var mer aktiva. Slutligen fanns det inget samband mellan fysisk aktivitet och BMI (ett Spearman test genomfördes för att kontrollera detta), vilket är tvärtemot det resultat som Arvidson et al. (2013) och de flesta andra forskare visat, då det visade sig att ett lägre BMI-snitt var associerat med högre fysiska aktivitetsnivåer.

Vi kunde påvisa ett starkt samband mellan folks sömnvanor och besvär, stress och arbetsförmåga och även hur de upplever sin hälsa. Vad innebär då detta för företaget och eventuellt andra företag? Kan det vara så att anställda och även företaget inte prioriterar sömnen utan underskattar dess påverkan? Eller kan det möjligtvis vara på det vis att sömnen är något som på detta företag inte har som en stor prioritering i friskvårdsarbetet och därmed hamnat i skymundan? Eller har sömnen inget alls med arbetet att göra? Har det istället att göra med något som händer under fritiden? Oavsett orsak, har den funna kopplingen mellan sömnbesvär och stress, arbetsförmåga och smärtbesvär potentiell betydelse för arbetsmiljö och levnadsvanearbetet.

Skulle det kunna vara möjligt att kopplingen mellan sömnvanor och arbetsförmåga inte är något som inte alls blivit uppmärksammat? Oavsett vilka faktorer som påverkat sömnen hos många anställda, går det inte att komma ifrån det faktum att den verkar spela en stor roll. Med tanke på att det är ett stort företag öppnar det för spekulation om situationen är enbart såhär på detta företag eller om det är liknande situationer på andra företag.

4.3 Slutsats

Hypotesen i denna studie var att de som rapporterade en lägre nivå av fysisk aktivitet skulle ha mer besvär med smärtrelaterade symptom, sämre levnadsvanor och även att de rapporterar en lägre arbetsförmåga. Fysisk aktivitet kunde dock ej påvisas ha ett samband med dessa faktorer i just denna studie. Den faktor som hade störst samband med ovanstående faktorer var sömnen. Viktigt att poängtera dock att det inte går att fastslå ett kausalt samband.

Konklusionen blir då att eftersom nästan hälften av företagets anställda hade dåliga sömnvanor, kan företaget rikta in sig på analysera, diskutera, utbilda personalen om sömn och sömnvanor. Målet är förstås att både åtgärda sömnbesvär, för att kunna optimera sina anställdas prestationer och förbättra deras livskvalitet, men också att hitta vägar att förhindra uppkomst av sömnbesvär i framtiden.

4.4 Vidare forskning

Eftersom detta är en tvärsnittsstudie går det inte att se exakt vad som kan orsaka besvär, utan man kan enbart betrakta hur företagets anställda mår här och nu. Faktum är också att studien är väldigt övergripande och därmed går det inte in i alltför mycket detaljer. Vidare forskning som företaget skulle kunna behöva genomföra, är bl.a. interventionsstudier där man ser ifall ex. ordinerad fysisk aktivitet eller andra åtgärder skulle kunna förbättra sömnkvaliteten. Att gå ned på individnivå och genomföra individuella samtal med de anställda i samband med en eventuell hälsoundersökning skulle möjligtvis kunna ge en mer detaljerad blick över hur varje enskild individ sköter sina levnadsvanor. På så vis kanske det möjligtvis går att uppmärksamma varje enskild anställd om den eventuella skillnaden i deras syn på deras liv och det som är verkligheten, om det är så att de har under-/överskattat olika faktorer.

Käll- och litteraturförteckning

Anderssen, S. A., Jansson, E. (2008). *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, s.38

Andersson, E.A., Defaire, G., Hultgren, S., Nilsson, J., Oddsson, K., Olin, H., Strand, L., Wahlgren, L., Wedman, I., Ekblom, Ö. (2008). Physical activity for persons with obesity – a health project reported. *Published by the Forum on Public Policy Copyright © The Forum on Public Policy. All Rights Reserved. 2008.*

Arbetsmiljöverket (2012). *Arbetskadorna 2012, Occupational accidents and work-related diseases, Arbetsmiljöstatistik Rapport 2013:1*, s. 23-24. Stockholm. Sveriges officiella statistik

Andersson, G., Biering-Sørensen, F., Kilbom, A., Kuorinka, I., Jørgensen, K., Vinterberg, H., (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics, September 1987, 18.3*, ss. 233-237

Arvidsson, E., Börjesson, M., Ahlberg, G. Jr., Lindegård, A., Jonsdottir, I.H. (2013). The level of leisure time physical activity is associated with work ability – a cross sectional and prospective study of health care workers. *BMC Public Health 2013, 13:855*.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/855>

Andersen L.L., Andersen, C.H, Pedersen, M.T., Sjøgaard, G., Zebis, M.K. (2013). Implementation of specific strength training among industrial laboratory technicians: long-term effects on back, neck and upper extremity pain. *BMC Musculoskeletal Disorders, 2013, 14:287*.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/287>

Bingisser, R., Dürr, S., Holsboer-Trachsler, E., Künzli, N., Leupp, J.D., Maier, S., Mehta, A.J., Miedinger, D., Müller, R., Schindler, C., Uehli, K. & Zogg, S. (2013). Sleep problems and work injury types: a study of 180 patients in a Swiss emergency department – *Swiss Medical Weekly. 2013:143:w12902, s. 1-15*
<http://www.smw.ch/content/smw-2013-13902/>

Brand, S., Gerber, M., Holsboer-Trachsler, E., Kalak, N., Kirov, R., Mikoteit, T., Pühse, U. & Yordanova, J. (2012) – Daily Morning Running for 3 Weeks Improved Sleep and Psychological Functioning in Healthy Adolescents Compared With Controls. *Journal of Adolescent Health 51*. 615-622

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research, 28(2)*, 193-213

Börjesson, M., Faskunger, J., Kallings, L., Lærum, G., Leijon, M., Ståhle, A. (2008). *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, s. 47

Börjesson, M., Björck, L., Grimby, G., Jonsdottir, I.H., Lappas, G., Rosengren, A., Rödger, L., Thelle, D.S. (2012). Self-reported leisure time physical activity: a useful assessment tool in everyday health care. *BMC Public Health* 2012, 12:693.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/693>

Ekblom-Bak E, Ekblom B, Vikström M, de Faire, U., Hellénus, M-L. (2014). The importance of non-exercise physical activity for cardiovascular health and longevity. *British Journal of Sports Medicine*, 2014, 48:233-238

Eriksson, H., Hansson, P.-O, Odén, A., Rosengren, A., Svärdsudd, K., Welin, C., Welin, L., Wilhelmson, L. (2010). Factors associated with reaching 90 years of age: a study of men born in 1913 in Gothenburg, Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 2010, s. 1-11

Europeiska arbetsmiljöbyrån, *Vad är arbetsrelaterade belastningsskador*,
<http://osha.europa.eu/sv/faq/fraagor-och-svar/vad-aer-arbetsrelaterade-belastningsskador>
[2013-11-13]

Folkhälsoinstitutet (2001) *Hälsofrämjande som affärsstrategi – fakta och argument*.
Stockholm: Prevent. s. 3-6

Folkhälsomyndigheten – *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Halsans-betydelse-for-individens-och-samhallets-ekonomiska-utveckling/>
[2014-02-25]

Hallman, D., Lyskov, E. (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. Arnetz. B.B och Ekman, R. (Red), Stockholm: Liber AB. ss. 181-189

Hassmén, N., Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker. ss.122

Hensing, G. (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. Arnetz. B.B och Ekman, R. (Red), Stockholm: Liber AB. ss.52-57

Karolinska Institutet – *Formulär om arbetsförmåga*
<http://ki.se/content/1/c6/10/35/81/WAI.pdf>
[2014-02-12]

Kecklung, G., Åkerstedt, T., (2013). *Stress, gen, individ, samhälle*. Arnetz. B.B och Ekman, R. (Red), Stockholm: Liber AB. ss.130-135

Livsmedelsverket – *Matvanor – Undersökningar*
<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Matvanor---undersokningar/>
[2014-05-23]

Mandal, A., Dr., *What is Repetitive strain injury*,
[http://www.news-medical.net/health/Repetitive-strain-injury-\(RSI\)-e28093-What-is-](http://www.news-medical.net/health/Repetitive-strain-injury-(RSI)-e28093-What-is-)

Repetitive-strain-injury-(Swedish).aspx
[2013-11-12]

Pei-Yu Yang, Ka-Hou Ho, Hsi-Chung Chen & Meng-Yueh Chien (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review
Journal of Physiotherapy 2012 Vol. 58, s. 158-167

Smyth, C (2012). *The Pittsburgh Sleep Quality Index*, General assessment series. Issue number 6.1, Revised in 2012
http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf

Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*, Artikelnummer 2013-3-26. ss.60; ss. 73-78)
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-26>

Sundberg, C-J., Henriksson, J. (2008). *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. ss. 11-32

Wahlgren, L., Wedman, I. & Wester, A. (2008). *FYSS 2008, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. ss. 64

World Health Organisation – *Nutrition*
<http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
[2014-05-23]

World Health Organisation - *Obesity and Overweight*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
[2014-01-30]

World Health Organisation - *Obesity – situations and trends*
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/
[2014-01-30]

WHO - *Physical activity*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
[2014-01-29]

www.bmitest.nu [2014-05-07]

de Zwart BC, Frings-Dresen MH, van Duivenbooden JC (2012). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med (Lond) 2002;52:177–181*.

Bilaga 1

Litteratursökning

Syfte och frågeställningar: Denna studie syftade till att undersöka hur vanligt det var med smärtrelaterade symptom på ett företag, hur levnadsvanorna för de anställda ser ut och vilka samband som finns mellan självupplevda besvär, levnadsvanor och arbetsförmåga. De frågeställningar som vill belysas är:

- Hur ser levnadsvanorna ut för de anställda?
- Hur ser förekomsten av smärtrelaterade symptom ut på företaget?
- Hur upplever de anställda sin hälsa, arbetsförmåga och stressnivå?
- Vilka samband finns när det kommer till fysisk aktivitet, smärta/besvär, levnadsvanor och självupplevd arbetsförmåga?

Vilka sökord har du använt?

Repetitive strain injuries, musculoskeletal disorders, upper extremity, industrial, rsi, industry, repetitive strain injury, Pittsburgh sleep quality index, workers ability, pain, sleep quality, obesity, physical inactivity, physical activity, belastningsskador, förslitningsskador

Var har du sökt?

GIH:s bibliotekskatalog, Pub Med, Sve Med, Google Scholar, Google, WHO, FYSS, Folkhälsomyndigheten, Folkhälsoinstitutet, Svenska Läkaresällskapet,

Sökningar som gav relevant resultat

Pubmed: Musculoskeletal disorders, Pittsburgh Sleep Quality Index, Workers Ability, Repetitive Strain Injury

WHO: Obesity, Physical activity, Physical inactivity

Google: Repetitive Strain Injury, belastningsskador

FYSS: Fysisk aktivitet, Rekommendationer

Sleep quality and physical activity

Kommentarer

Det var problematiskt till en början att införskaffa rätt artiklar och de rätta verktygen men med råd från handledare blev det senare mycket lättare och mer precist att ta sig framåt. Svårt att hitta forskning kring det specifika området.

Bilaga 2 – Enkät

Jag rullar fram med egen kraft – Enkätundersökning

Hej!

Mitt namn är Rasmus Båverud och jag är en sistaårsstudent på Hälsovetenskapprogrammet på Gymnastik- och Idrottshögskolan i Stockholm. Denna enkätundersökning är en del av det examensarbete som jag har fått förmån till att genomföra här på Volvo Construction Equipment i Hallsberg.

Vad som är syftet med denna enkät är att jag vill undersöka hur företaget har det i detta nu med förslitnings- och belastningsskador. Dessutom vill jag se hur den övergripande bilden av företagets levnadsvanor ser ut.

Anledningen till att jag undersöker förslitnings- och belastningsskador är för att enligt Arbetsmiljöverket har antalet arbetssjukdomar börjat öka i antal igen under de senaste åren och nästan hälften av skadorna under år 2012 berodde på belastningsfaktorer. Belastningsfaktorer syftar då på bl.a. tunga lyft och förflyttningar av föremål/bördor, ensidigt och monotont arbete samt olämpliga arbetsställningar. Därmed, genom att se i nuläget vilka arbetsgrupper på företaget som kan lida av besvär/smärta kan jag få en bra bild över riskläget på företaget.

Dessutom nämnde jag att även Dina levnadsvanor och resten av företagets levnadsvanor undersöks eftersom att i dagens samhälle har det visats sig bl.a. att övervikt och fetma har ökat, människor upplever högre nivåer av stress och stillasittandet har ökat. Därmed vill jag se hur Dina och samtliga anställdas levnadsvanor ser ut här på företaget.

Denna studie är helt anonym, vilket innebär att ingen annan förutom jag kommer att veta att Du är den som fyllt i denna enkät. Jag har även tystnadsplikt vilket är för att säkerhetsställa att ingen annan utöver mig själv får ta del av ditt resultat. Därmed är det väldigt viktigt att Du svarar så ärligt som möjligt på samtliga frågor för att det ska kunna ge bästa möjliga resultat för studien.

Tack så mycket för att Du tar Dig tid att delta i denna studie. **Sista inlämningsdatum är den 21:a mars.**

Med vänliga hälsningar,
Rasmus Båverud
Gymnastik- och Idrottshögskolan



Ålder: _____ år

(Ringa in ditt svar)

Kön: Man Kvinna

Civilstånd: Gift/sambo Särbo Singel

Antal hemmaboende barn: _____

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Härmed samtycker jag att mina uppgifter från denna enkät får användas **anonymt** för sammanställning:

Datum: _____

Underskrift: _____

Arbetserfarenhet

Nuvarande anställning: _____

Hur länge har du arbetat med din nuvarande anställning? : _____

Har du haft tidigare jobb med liknande arbetsuppgifter?

Ja	Nej

Om Ja, Hur länge? : _____

Övrig information

Vad är din hösta examen?

Grundskola	Gymnasium	Folkhögskola	Universitet/Högskola

Annat: _____

Hur anser du din månadsinkomst vara?

Låg	Mellan	Hög

Besvär/smärta

Se till att läsa instruktionerna innan du börjar besvara frågorna.

1) Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den färgade rutan under ditt svarsalternativ för frågorna.				2) Frågorna B) och C) besvaras enbart om du svarat ja på fråga A) innan.			
A) Har du vid någon tidpunkt under de senaste 12 månaderna upplevt problem (värk, smärta, besvär) i:				B) Har du vid någon tidpunkt under de senaste 12 månaderna blivit förhindrad från att genomföra ditt arbete på en normal nivå (på arbetsplatsen eller i hemmet) på grund av dina besvär?		C) Har du upplevt några problem/besvär under de senaste 7 dagarna?	
Nacke?	Nej	Ja		Nej	Ja	Nej	Ja
Axlar?	Nej	Ja, höger axel	Ja, vänster axel	Nej	Ja	Nej	Ja
Armbågar?	Nej	Ja, höger armbåge	Ja, vänster armbåge	Nej	Ja	Nej	Ja
Handleder/händer?	Nej	Ja, höger handled/hand	Ja, vänster handled/hand	Nej	Ja	Nej	Ja
Bröstrygg?	Nej	Ja		Nej	Ja	Nej	Ja
Ländrygg	Nej	Ja		Nej	Ja	Nej	Ja
Ena eller båda höfterna?	Nej	Ja, höger höft	Ja, vänster höft	Nej	Ja	Nej	Ja
Ena eller båda knäna?	Nej	Ja, höger knä	Ja, vänster knä	Nej	Ja	Nej	Ja
Ena eller båda anklarna/fötterna?	Nej	Ja, höger ankel/fot	Ja, vänster ankel,fot	Nej	Ja	Nej	Ja

Egna noteringar om besvär/smärta (Exempelvis om du vet vilken diagnos du har för dina besvär, frivilligt):

Självupplevd arbetsförmåga

- 1) Vilka är de huvudsakliga kraven i ditt arbete?:

Mentala/Psykiska	Fysiska	Både mentala/psykiska och fysiska

- 2) Vi antar att Din arbetsförmåga, då den var som bäst värderas med 10 poäng. Vilken poäng skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga? (Ringa in lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta nu och 10 att din arbetsförmåga är som allra bäst just nu)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 3) Hur bedömer Du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer?:

Mycket god	Ganska god	Någorlunda	Ganska dålig	Mycket dålig

- 4) Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga vara i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer?:

Mycket god	Ganska god	Någorlunda	Ganska dålig	Mycket dålig

- 5) Markera på listan vilka sjukdomar, skador, eller besvär som Du för närvarande har.

OBS! Ange sådant som Du själv anser att Du lider av och sådant som Du fått besked av läkare att Du har:

	Ja, enligt min åsikt	Ja, enligt min läkare	Nej
Sviter av tidigare olycksfall (t.ex. huvud/hackskada eller stor brännskada)			
Sjukdom i rygg, leder muskler eller skelett (t.ex. förslitna leder, långvarig led- eller muskelvärk, ledgångsreumatism, ischias)			
Sjukdom i hjärta eller blodkärl (t.ex. högt blodtryck, kärlkramp eller hjärtinfarkt)			
Sjukdom i luftvägar eller lungor (t.ex. astma, svår luftrörskatarr eller emfysem)			
Psykiska problem (t.ex. "nervösa besvär", depression, ångest eller svår sömnstörning)			
Sjukdom i nervsystemet eller öron, ögon (t.ex. hörselskada, ögonskada eller epilepsi)			
Sjukdom i magen/matsmältningsorganen (t.ex. magkatarr, magsår, gallsten, lever- eller tarmsjukdom)			
Sjukdom i urinvägar eller könsorgan (t.ex. njursjukdom, inflammation i äggstockar eller prostata)			
Hudsjukdom (t.ex. eksem eller psoriasis)			
Tumör eller cancer			
Ämnesomsättningssjukdom (t.ex. svår övervikt, anorexi, bulimi, sockersjuka eller struma)			
Blodsjukdom (t.ex. blodbrist/anemi)			
Medfött fel/missbildning som är handikappande			
Annan sjukdom eller handikapp			

Om annan sjukdom eller handikapp, ange vad:

- 6) Hindras eller besväras du i ditt nuvarande arbete av den/de sjukdomar, skador eller besvär som du angivit i föregående fråga?
(Du kan kryssa i flera alternativ):

Har ingen sjukdom, skada eller besvär	
Nej, sjukdomen hindrar eller besväras inte alls i mitt arbete	
Jag klarar arbetet men får besvär	
Jag är <i>ibland</i> tvungen att minska på arbetstakten eller ändra arbetssätt	
Jag är <i>ofta</i> tvungen att minska på arbetstakten eller ändra arbetssätt	
Jag klarar endast ett deltidsarbete	
Jag är helt oförmögen att arbeta	

- 7) Hur många dagar under de senaste 12 månaderna har du sammanlagt varit borta från arbetet på grund av egen sjukdom (sjukskrivning, vård, behandling eller undersökning)?:

Ingen dag	1-7 dagar	8-24 dagar	25-99 dagar	100-365 dagar

- 8) Med tanke på Din hälsa – tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om 2 år?

Nej, knappast	Kanske	Ja, troligtvis

- 9) Har du under den senaste månaden känt att du mått bra av dina dagliga sysslor? Ange med ett kryss i det alternativ som stämmer bäst:

Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Aldrig

- 10) Har du under den senaste månaden varit pigg och företagsam?

Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Aldrig

- 11) Har du under den senaste månaden känt dig optimistisk inför framtiden?

Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Aldrig

Stress

- 1) Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös eller orolig eller inte kan sova på natten, eftersom man tänker på problem hela tiden.
Känner Du av sådan stress för närvarande?

Inte alls	Bara lite	I viss mån	Ganska mycket	Väldigt mycket

Kostvanor

1) Äter du vanligtvis följande måltider under en normal vecka, måndag-fredag?

Frukost? Ja ___ Nej ___
 Lunch? Ja ___ Nej ___
 Middag? Ja ___ Nej ___

2) Äter du vanligtvis fettsnålt (väljer magra mejerivaror och undviker feta charktuerier, stekt mat och fet snabbmat) ?

Ja	Ja, oftast	Ja, ibland	Nej

Om annan diet, vilken?: _____

3) Hur ofta äter du ...

	3 ggr/dag eller mer	1-2 ggr/dag	4-6 ggr/vecka	1-3 ggr/vecka	Mindre än 1 g/vecka
frukt och/eller bär?					
grönsaker och/eller rotfrukter?					
fiberrik gröt, müsli, grovt bröd eller liknande?					

4) Hur ofta äter och/eller dricker du ...

	Aldrig	1-3 ggr/månad eller mindre	1-2 ggr/vecka	3-6 ggr/vecka	1-2 ggr/dag eller mer
chips, jordnötter eller liknande?					
choklad och/eller godis?					
kaffebröd?					
glass?					
läsk och/eller saft?					

5) Hur ofta dricker du ...

	Aldrig	1-2 ggr/månad eller mindre	3-6 ggr/vecka	1-3 ggr/dag	4 ggr/dag eller mer
kaffe?					
te?					

6) Hur ofta dricker du ...

	Aldrig	1-3 ggr/månad eller mindre	1-2 ggr/vecka	3-6 ggr/vecka	7 ggr/vecka eller mer
lättöl och/eller folköl?					
starköl och/eller vin?					
starkvin och/eller sprit?					

7) När du dricker alkohol, hur många glas* dricker du då vanligtvis?

*Med ett glas menas: 45 cl folköl/ 33 cl starköl/ 1 glas vin/ 1 litet glas starkvin/ 4 cl sprit

Dricker ej alkohol	1-2 glas	3-4 glas	5-6 glas	7-9 glas	10 eller fler glas

--	--	--	--	--	--

8) Röker du? (Ringa in ditt svar) Ja Ja, men sällan Nej

9) Snusar du? (Ringa in ditt svar) Ja Ja, men sällan Nej

Sömn

- 1) Vid vilken tid går du oftast och lägger dig?: _____
- 2) Hur lång tid tar det för dig (i minuter) att somna varje natt?: _____
- 3) Vid vilken tid går du oftast upp på morgonen?: _____
- 4) Hur många timmars sömn får du varje natt? (Detta kan skilja sig från antalet timmar som du spenderar i sängen): _____

5) Under den senaste månaden, hur ofta har du haft problem med att sova p.g.a. att du...	Inget under de senaste 30 dagarna (0)	Mindre än 1 gång i veckan (1)	1-2 gånger i veckan (2)	3 eller fler gånger i veckan (3)
Kan inte somna inom 30 minuter?				
Vaknar upp mitt i natten eller tidigt på morgonen?				
Måste gå på toaletten?				
Kan inte andas bekvämt?				
Hostar eller snarkar högljutt?				
Känner dig för kall?				
Känner dig för varm?				
Har mardrömmar?				
Har smärta?				
Andra anledningar, snälla beskriv hur ofta du har haft problem med att somna p.g.a.detta:				
6) Under de senaste 30 dagarna, hur ofta har du tagit ordinerad medicin för att hjälpa dig somna?				
7) Under de senaste 30 dagarna, hur ofta har du haft bekymmer med att hålla dig vaken medan du kört bil, ätit mat eller deltagit i sociala aktiviteter?				
8) Under de senaste 30 dagarna, hur mycket av ett problem har det varit för dig att hålla entusiasmen uppe för att genomföra något?				
	Väldigt bra	Ganska bra	Ganska dålig	Väldigt dålig
9) Under de senaste 30 dagarna, hur skulle du betygsätta kvalitén på din sömn överlag?				

Upplevd Hälsa

1) Hur upplever du din:

	Mycket tillfredsställande	Tillfredsställande	Ganska tillfredsställande	Ganska otillfredsställande	Otillfredsställande	Mycket otillfredsställande
... kroppsliga (fysiska hälsa)						
... själsliga (psykiska hälsa)						

2) Hur ofta upplever du i ditt arbetsliv:

	Alltid	Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Sällan	Aldrig
Hopp och/eller optimism?							
Glädje och/eller lycka?							
lugn, harmoni och/eller balans?							
egen kontroll över din vardag?							
meningsfullhet?							

3) Hur ofta upplever du i ditt privatliv (under den fria tiden):

	Alltid	Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Sällan	Aldrig
Hopp och/eller optimism?							
Glädje och/eller lycka?							
lugn, harmoni och/eller balans?							
egen kontroll över din vardag?							
meningsfullhet?							

4) Hur ofta upplever du:

	Alltid	Ofta	Ganska ofta	Då och då	Ganska sällan	Sällan	Aldrig
att du vaknar utvilad?							
en god nattsömn?							
att du tar dig tid att koppla av?							
att du tar dig tid att reflektera?*							

*Tid då du medvetet reflekterar över ditt liv, din situation eller liknande

5) Jag upplever att jag har ett bra socialt nätverk (ringa in ditt svar):

Ja Ja, ganska Nej

6) Tar du dig tid att läsa böcker, lyssna på musik och/eller gå på bio, teater, konserter, utställningar eller liknande?

Ja Ja, ibland Nej

Hur fysiskt aktiv är du?

Sätt ett kryss för det alternativ som stämmer bäst på dig under det senaste året. Om dina aktiviteter varierar mycket mellan till exempel sommar och vinter så försök att ta ett genomsnitt. (KRYSSA I ENBART EN RUTA!)

- Grupp 1: Stillasittande fritid
Du ägnar Dig mestadels åt läsning, TV, datorer, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden
- Grupp 2: Måttlig motion på fritiden
Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 4 timmar i veckan. I detta inräknas också gång eller cykling till och från arbetet samt söndagspromenader, trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling, etc
- Grupp 3: Regelbunden motion och träning
Du ägnar Dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande. Tyngre trädgårdsarbete och liknande räknas till denna grupp. Observera att det ska vara i genomsnitt minst 2-3 timmar i veckan
- Grupp 4: Hård träning eller tävlingsidrott
Du ägnar Dig åt hård träning och tävling i löpning, orientering, skidåkning, simning, fotboll, handboll etc regelbundet eller flera gånger i veckan

1) Hur kroppsligt ansträngande är ditt dagliga arbete (eller motsvarande)?

Mycket ansträngande (tungt kroppsarbete)	Ansträngande (går mycket och lyfter dessutom ganska mycket)	Ganska ansträngande (går ganska mycket)	Ej ansträngande (övervägande stillasittande arbete)

Ringa in ditt svar på dessa frågor.

- 1) Har du ett ben- eller ledproblem (till exempel rygg, knä eller höft) som skulle kunna vara/bli värre med en ändring i din fysiska aktivitetsnivå? Ja Nej
- 2) Vet du en annan anledning till varför du inte borde genomföra fysisk aktivitet? Ja Nej

Medicinsk status

- 1) Intar du idag mediciner som ordinerats för långtidsbruk? Ja Nej
Om ja, uppge för vad: _____
- 2) Har du tidigare ordinerats mediciner för långtidsbruk? Ja Nej
Om ja, uppge för vad: _____

3) Förekommer det eller har det hos dig förekommit följande sjukdomar eller besvär? (kryssa i):

	Astma och/eller allergiska besvär?	Diabetes	Lungsjukdom	Hjärt- och/eller kärlsjukdom	Högt blodtryck	Höga blodfetter	Magsår, mag- och/eller tarmkatarr?	Ofta förekommande, långvarig huvudvärk?
Ja								
Nej								
Vet ej								

Bilaga 3 – Övrig enkätstatistik

Tabell 7 - Övrig kost

	Män	Kvinnor	p-värde
Hur ofta dricker du kaffe?			
Aldrig	13 (10%)	5 (21 %)	
1-2 ggr/månad eller mindre	3 (3 %)	2 (8 %)	
3-6 ggr/vecka	8 (6 %)	1 (4 %)	
1-3 ggr/dag	40 (31 %)	11 (46 %)	
4 ggr/dag eller mer	65 (50 %)	5 (21 %)	0,05
Hur ofta dricker du te?			
Aldrig	52 (40 %)	8 (33 %)	
1-2 ggr/månad eller mindre	38 (29 %)	7 (29 %)	
3-6 ggr/vecka	20 (16 %)	3 (13 %)	
1-3 ggr/dag	16 (12 %)	6 (25 %)	
4 ggr/dag eller mer	3 (2 %)	0 (0 %)	0,53 (n.s)
Lättöl och/eller folköl?			
Aldrig	64 (50%)	16 (67 %)	
1-3 ggr/månad eller mindre	46 (36 %)	8 (33 %)	
1-2 ggr/vecka	11 (9 %)	0 (0 %)	
3-6 ggr/vecka	8 (6 %)	0 (0 %)	
7 ggr/vecka eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	0,2 (n.s)
Starköl och/eller vin?			
Aldrig	15 (12 %)	7 (29 %)	
1-3 ggr/månad eller mindre	76 (59 %)	12 (50 %)	
1-2 ggr/vecka	35 (27 %)	5 (21 %)	
3-6 ggr/vecka	2 (2 %)	0 (0 %)	
7 ggr/vecka eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	0,14 (n.s)
Starkvin och/eller sprit?			
Aldrig	42 (33 %)	11 (46 %)	
1-3 ggr/månad eller mer	73 (57 %)	12 (50 %)	
1-2 ggr/vecka	13 (10 %)	1 (4 %)	
3-6 ggr/vecka	1 (1 %)	0 (0 %)	
7 ggr/vecka eller mer	0 (0 %)	0 (0 %)	0,54 (n.s)

Tabell 8 - Hur ofta upplever du i ditt arbetsliv:

	män	Kvinnor	p-värde
Hopp och/eller optimism?			
Alltid	8 (6 %)	0 (0 %)	
Ofta	32 (25 %)	6 (25 %)	
Ganska ofta	39 (30 %)	12 (50 %)	
Då och då	36 (28 %)	5 (21 %)	
Ganska sällan	6 (5 %)	0 (0 %)	
Sällan	6 (5 %)	1 (4 %)	
Aldrig	2 (2 %)	0 (0 %)	0,45 (n.s)
Glädje och/eller lycka?			
Alltid	9 (7 %)	1 (4 %)	
Ofta	31 (24 %)	8 (33 %)	
Ganska ofta	40 (31 %)	8 (33 %)	
Då och då	32 (25 %)	5 (21 %)	
Ganska sällan	9 (7 %)	1 (4 %)	
Sällan	7 (5 %)	1 (4 %)	
Aldrig	1 (1 %)	0 (0 %)	0,95 (n.s)
Lugn, harmoni och/eller balans?			
Alltid	9 (7 %)	0 (0 %)	
Ofta	23 (18 %)	5 (21 %)	
Ganska ofta	44 (31 %)	10 (42 %)	
Då och då	33 (26 %)	8 (33 %)	
Ganska sällan	12 (9 %)	0 (0 %)	
Sällan	7 (5 %)	1 (4 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,54 (n.s)
Egen kontroll över din vardag?			

Alltid	13 (10 %)	2 (8 %)	
Ofta	35 (27 %)	8 (33 %)	
Ganska ofta	49 (38 %)	13 (54 %)	
Då och då	18 (14 %)	1 (4 %)	
Ganska sällan	8 (6 %)	0 (0 %)	
Sällan	4 (3 %)	0 (0 %)	
Aldrig	2 (2 %)	0 (0 %)	0,45 (n.s)
Meningsfullhet?			
Alltid	12 (9 %)	5 (21 %)	
Ofta	35 (27 %)	6 (25 %)	
Ganska ofta	45 (35 %)	8 (33 %)	
Då och då	25 (19 %)	4 (17 %)	
Ganska sällan	5 (4 %)	0 (0 %)	
Sällan	7 (5 %)	1 (4 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,61 (n.s)

Tabell 9 - Hur ofta upplever du i ditt privatliv (under den fria tiden):

	män	kvinnor	p-värde
Hopp och/eller optimism?			
Alltid	26 (20 %)	2 (8 %)	
Ofta	56 (43 %)	17 (71 %)	
Ganska ofta	29 (22 %)	3 (13 %)	
Då och då	17 (13 %)	2 (8 %)	
Ganska sällan	0 (0 %)	0 (0 %)	
Sällan	1 (1 %)	0 (0 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,18 (n.s)
Glädje och/eller lycka?			
Alltid	25 (19 %)	2 (8 %)	
Ofta	61 (47 %)	17 (71 %)	
Ganska ofta	24 (19 %)	3 (13 %)	
Då och då	16 (12 %)	2 (8 %)	
Ganska sällan	2 (2 %)	0 (0 %)	
Sällan	1 (1 %)	0 (0 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,43 (n.s)
Lugn, harmoni och/eller balans?			
Alltid	21 (16 %)	1 (4 %)	
Ofta	61 (47 %)	19 (79 %)	
Ganska ofta	29 (22 %)	3 (13 %)	
Då och då	14 (11 %)	1 (4 %)	
Ganska sällan	3 (2 %)	0 (0 %)	
Sällan	1 (1 %)	0 (0 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,13 (n.s)
Egen kontroll över din vardag?			
Alltid	25 (19 %)	6 (25 %)	
Ofta	61 (47 %)	11 (46 %)	
Ganska ofta	26 (20 %)	6 (25 %)	
Då och då	13 (10 %)	1 (4 %)	
Ganska sällan	2 (2 %)	0 (0 %)	
Sällan	1 (1 %)	0 (0 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,84 (n.s)
Meningsfullhet?			
Alltid	32 (25 %)	8 (33 %)	
Ofta	62 (48 %)	14 (58 %)	
Ganska ofta	23 (18 %)	2 (8 %)	
Då och då	9 (7 %)	0 (0 %)	
Ganska sällan	2 (2 %)	0 (0 %)	
Sällan	0 (0 %)	0 (0 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,5 (n.s)

Tabell 10 - Hur ofta upplever du:

	män	kvinnor	p-värde
--	------------	----------------	----------------

Att du vaknar utvilad?

Alltid	5 (4 %)	1 (4 %)	
Ofta	39 (30 %)	5 (21 %)	
Ganska ofta	34 (26 %)	6 (25 %)	
Då och då	28 (22 %)	8 (33 %)	
Ganska sällan	13 (10 %)	3 (13 %)	
Sällan	8 (6 %)	1 (4 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,88 (n.s)

En god nattsömn?

Alltid	10 (8 %)	0 (0 %)	
Ofta	31 (32 %)	8 (33 %)	
Ganska ofta	45 (35 %)	8 (33 %)	
Då och då	19 (15 %)	6 (25 %)	
Ganska sällan	6 (5 %)	1 (4 %)	
Sällan	7 (5 %)	1 (4 %)	
Aldrig	1 (1 %)	0 (0 %)	0,75 (n.s)

Att du tar dig tid att koppla av?

Alltid	7 (5 %)	1 (4 %)	
Ofta	34 (26 %)	5 (21 %)	
Ganska ofta	45 (35 %)	11 (46 %)	
Då och då	30 (23 %)	6 (25 %)	
Ganska sällan	9 (7 %)	0 (0 %)	
Sällan	3 (2 %)	1 (4 %)	
Aldrig	0 (0 %)	0 (0 %)	0,79 (n.s)

Att du tar dig tid att reflektera?

Alltid	7 (5 %)	0 (0 %)	
Ofta	22 (17 %)	4 (17 %)	
Ganska ofta	31 (24 %)	6 (25 %)	
Då och då	39 (30 %)	9 (38 %)	
Ganska sällan	19 (15 %)	4 (17 %)	
Sällan	5 (4 %)	0 (0 %)	
Aldrig	6 (5 %)	1 (4 %)	0,85 (n.s)

Tabell 11 - Jag upplever att jag har ett bra social nätverk

	Män	Kvinnor	p-värde
Ja	59 (46 %)	13 (54 %)	
Ja, ganska	62 (48 %)	11 (46 %)	
Nej	8 (6 %)	0 (0 %)	0,4 (n.s)

Tabell 12 - Tar du dig tid att läsa böcker, lyssna på musik och/eller gå på bio, teater, konserter, utställningar eller liknande?

	Män	Kvinnor	p-värde
Ja	45 (35 %)	8 (33 %)	
Ja, ganska	68 (53 %)	15 (63 %)	
Nej	16 (12 %)	1 (4 %)	0,45 (n.s)

Tabell 13- Hur kroppsligt ansträngande är ditt dagliga arbete (eller motsvarande)?

	Män	Kvinnor	p-värde
Mycket ansträngande	3 (2 %)	0 (0 %)	
Ansträngande	28 (22 %)	6 (25 %)	
Ganska ansträngande	61 (48 %)	8 (33 %)	
Ej ansträngande	36 (28 %)	10 (42 %)	0,43 (n.s)

Tabell 14 - Har du ett ben-/ledproblem (t.ex. rygg, knä eller höft) som skulle kunna vara/bli värre med en ändring i din fysiska aktivitetsnivå?

	män	kvinnor	p-värde
Ja	34 (27 %)	5 (21 %)	
Nej	94 (73 %)	19 (79 %)	0,55 (n.s)

Tabell 15 - Vet du en annan anledning till varför du inte borde genomföra fysisk aktivitet?

	män	kvinnor	p-värde
Ja	6 (5 %)	0 (0 %)	
Nej	122 (95 %)	24 (100 %)	0,27 (n.s)

	män	kvinnor	p-värde
Intar du idag mediciner som ordinerats för långtidsbruk?			
Ja	38 (30 %)	6 (25 %)	
Nej	90 (70 %)	18 (75 %)	0,64 (n.s)
Har du tidigare ordinerats mediciner för långtidsbruk?			
Ja	33 (26 %)	4 (17 %)	
Nej	95 (83 %)	20 (83 %)	0,34 (n.s)

Tabell 16 - Förekommer det eller har det hos dig förekommit följande sjukdomar eller besvär?

	män	kvinnor	p-värde
Astma och/eller allergiska besvär?			
Ja	32 (25 %)	7 (29 %)	
Nej	94 (73 %)	17 (71 %)	
Vet ej	2 (2 %)	0 (0 %)	0,77 (n.s)
Diabetes			
Ja	12 (9 %)	1 (4 %)	
Nej	116 (91 %)	23 (96 %)	
Vet ej	0 (0 %)	0 (0 %)	0,4 (n.s)
Lungsjukdom			
Ja	3 (2 %)	0 (0 %)	
Nej	123 (96 %)	24 (100 %)	
Vet ej	2 (2 %)	0 (0 %)	0,62 (n.s)
Hjärt och/eller kärlsjukdom?			
Ja	9 (7 %)	1 (4 %)	
Nej	119 (93 %)	23 (96 %)	
Vet ej	0 (0 %)	0 (0 %)	0,6 (n.s)
Högt blodtryck			
Ja	18 (14 %)	3 (13 %)	
Nej	108 (84 %)	20 (83 %)	
Vet ej	2 (2 %)	1 (4 %)	0,69 (n.s)
Höga blodfetter			
Ja	10 (8 %)	0 (0 %)	
Nej	112 (87 %)	23 (96 %)	
Vet ej	6 (5 %)	1 (4 %)	0,36 (n.s)
Magsår, mag och/eller tarmkatarr?			
Ja	14 (11 %)	3 (13 %)	
Nej	109 (85 %)	21 (87 %)	
Vet ej	5 (4 %)	0 (0 %)	0,61 (n.s)
Ofta förekommande, långvarig huvudvärk?			
Ja	13 (10 %)	3 (13 %)	
Nej	113 (88 %)	21 (87 %)	
Vet ej	2 (2 %)	0 (0 %)	0,79 (n.s)

Bilaga 4 – Övrig jämförelsestatistik

Tabell 11 - Jämförelser och samband – ÖVRIGA JÄMFÖRELSE

	<u>Rökare</u>	<u>Icke rökare</u>	<u>p-värde</u>
<u>WAI – hög</u>	15 (68 %)	108 (82 %)	
<u>WAI – låg</u>	7 (32 %)	24 (18 %)	p=0,14 (n.s)
<u>Stress – hög</u>	4 (18 %)	26 (20 %)	
<u>Stress – låg</u>	18 (82 %)	106 (80 %)	p=0,87 (n.s)
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	18 (82 %)	105 (80 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	4 (18 %)	26 (20 %)	p=0,86 (n.s)
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	13 (59 %)	94 (72 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	9 (41 %)	37 (28 %)	p=0,23 (n.s)
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	14 (64 %)	88 (67 %)	
Ja	8 (36 %)	45 (33 %)	p=0,78 (n.s)
<u>Axlar</u>			
Nej	14 (64 %)	88 (67 %)	
Ja	8 (36 %)	44 (33 %)	p=0,78 (n.s)
<u>Armbågar</u>			
Nej	17 (77 %)	108 (82 %)	
Ja	5 (23 %)	24 (18 %)	p=0,61 (n.s)
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	18 (82 %)	109 (83 %)	
Ja	4 (18 %)	23 (17 %)	p=0,93 (n.s)
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	19 (86 %)	110 (86 %)	
Ja	3 (14 %)	22 (17 %)	p=0,72 (n.s)
<u>Ländrygg</u>			
Nej	14 (64 %)	88 (67 %)	
Ja	8 (36 %)	44 (33 %)	p=0,78 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	19 (86 %)	115 (87 %)	
Ja	3 (14 %)	17 (13 %)	p=0,92 (n.s)
<u>Knän</u>			
Nej	14 (64 %)	103 (78 %)	
ja	8 (36 %)	29 (22 %)	p=0,14 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	17 (77 %)	110 (83 %)	
Ja	5 (23 %)	22 (17 %)	p=0,49 (n.s)
	<u>Snusare</u>	<u>Icke snusare</u>	
<u>WAI – hög</u>	37 (90 %)	86 (76 %)	
<u>WAI – låg</u>	4 (10 %)	27 (24 %)	p=,053
<u>Stress – hög</u>	8 (20 %)	22 (19 %)	
<u>Stress – låg</u>	33 (80 %)	91 (81 %)	p=0,99 (n.s)
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	35 (85 %)	88 (79 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	6 (15 %)	24 (21 %)	p=0,35 (n.s)
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	30 (73 %)	77 (69 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	11 (27 %)	35 (31 %)	p=0,60 (n.s)
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	29 (71 %)	73 (65 %)	
Ja	12 (29 %)	40 (35 %)	p=0,48 (n.s)
<u>Axlar</u>			
Nej	29 (71 %)	73 (65 %)	
Ja	12 (29 %)	40 (35 %)	p=0,48 (n.s)
<u>Armbågar</u>			
Nej	35 (88 %)	89 (79 %)	
Ja	5 (12 %)	24 (21 %)	p=0,21 (n.s)
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	36 (88 %)	91 (81 %)	
Ja	5 (12 %)	22 (19 %)	p=0,29 (n.s)
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	32 (78 %)	97 (86 %)	
Ja	9 (22 %)	16 (14 %)	p=0,25 (n.s)

<u>Ländrygg</u>			
Nej	29 (71 %)	73 (65 %)	
Ja	12 (29 %)	40 (35 %)	p=0,48 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	35 (85 %)	99 (88 %)	
Ja	6 (15 %)	14 (12 %)	p=0,71 (n.s)
<u>Knän</u>			
Nej	31 (76 %)	86 (76 %)	
Ja	10 (24 %)	27 (24 %)	p=0,95 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	35 (85 %)	92 (81 %)	
Ja	6 (15 %)	21 (19 %)	p=0,57 (n.s)
	<u>BMI >25</u>	<u>BMI <25</u>	
<u>WAI – hög</u>	87 (80 %)	33 (80 %)	
<u>WAI – låg</u>	22 (20 %)	8 (20 %)	p=0,93 (n.s)
<u>Stress – hög</u>	23 (21 %)	7 (17 %)	
<u>Stress – låg</u>	86 (79 %)	34 (83 %)	p=0,58 (n.s)
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	82 (76 %)	37 (90 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	26 (24 %)	4 (10 %)	p=,05160
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	72 (67 %)	32 (78 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	36 (33 %)	9 (22 %)	p=0,17 (n.s)
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	71 (65 %)	28 (68 %)	
Ja	38 (25 %)	13 (32 %)	p=0,72 (n.s)
<u>Axlar</u>			
Nej	73 (67 %)	26 (63 %)	
Ja	36 (33 %)	15 (37 %)	p=0,68 (n.s)
<u>Armbågar</u>			
Nej	86 (79 %)	36 (88 %)	
Ja	23 (21 %)	5 (12 %)	p=0,21 (n.s)
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	89 (82 %)	35 (85 %)	
Ja	20 (18 %)	6 (15 %)	p=0,59 (n.s)
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	92 (84 %)	33 (80 %)	
Ja	17 (16 %)	8 (20 %)	p=0,57 (n.s)
<u>Ländrygg</u>			
Nej	70 (64 %)	28 (68 %)	
Ja	39 (36 %)	13 (32 %)	p=0,64 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	94 (86 %)	36 (88 %)	
Ja	15 (14 %)	5 (12 %)	p=0,80 (n.s)
<u>Knän</u>			
Nej	81 (74 %)	32 (78 %)	
Ja	28 (26 %)	9 (22 %)	p=0,64 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	90 (83 %)	34 (83 %)	
Ja	19 (17 %)	7 (17 %)	p=0,96 (n.s)
	<u>Dålig sömn</u>	<u>God sömn</u>	
<u>WAI – hög</u>	47 (66 %)	74 (91 %)	
<u>WAI – låg</u>	24 (34 %)	7 (9 %)	p= < 0,01
<u>Stress – hög</u>	22 (31 %)	7 (9 %)	
<u>Stress – låg</u>	49 (69 %)	74 (91 %)	p= < 0,01
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	49 (69 %)	73 (90 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	22 (31 %)	8 (10 %)	p= < 0,01
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	41 (58 %)	65 (80 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	30 (42 %)	16 (20 %)	p= < 0,01
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	39 (55 %)	61 (75 %)	
Ja	32 (45 %)	20 (25 %)	p= < 0,01
<u>Axlar</u>			
Nej	35 (49 %)	66 (81 %)	
Ja	36 (51 %)	15 (19 %)	p= < 0,01

<u>Armbågar</u>			
Nej	52 (73 %)	71 (88 %)	
Ja	19 (27 %)	10 (12 %)	p=0,02
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	53 (75 %)	72 (89 %)	
Ja	18 (25 %)	9 (11 %)	p=0,02
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	54 (76 %)	73 (90 %)	
Ja	17 (24 %)	8 (10 %)	p=0,02
<u>Ländrvvgg</u>			
Nej	45 (63 %)	56 (69 %)	
Ja	26 (37 %)	25 (21 %)	p=0,45 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	57 (80 %)	75 (93 %)	
Ja	14 (20 %)	6 (7 %)	p=0,03
<u>Knän</u>			
Nej	49 (69 %)	66 (81 %)	
Ja	22 (31 %)	15 (19 %)	p=0,07 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	54 (76 %)	71 (88 %)	
Ja	17 (24 %)	10 (12 %)	p=0,06 (n.s)
	<u>Låg fysisk aktivitet</u>	<u>Hög fysisk aktivitet</u>	
<u>WAI – hög</u>	75 (77 %)	47 (84 %)	
<u>WAI – låg</u>	22 (23 %)	9 (16 %)	p=0,33 (n.s)
<u>Stress – hög</u>	16 (16 %)	13 (23 %)	
<u>Stress – låg</u>	81 (84 %)	43 (77 %)	p=0,31 (n.s)
<u>Fysisk hälsa – hög</u>	73 (75 %)	50 (89 %)	
<u>Fysisk hälsa – låg</u>	24 (25 %)	6 (11 %)	p=0,04
<u>Psykisk hälsa – hög</u>	65 (67 %)	41 (73 %)	
<u>Psykisk hälsa – låg</u>	32 (33 %)	15 (27 %)	p=0,42 (n.s)
<u>Smärta senaste 12 mån.</u>			
<u>Nacke</u>			
Nej	63 (65 %)	37 (66 %)	
Ja	34 (35 %)	19 (34 %)	p=0,88 (n.s)
<u>Axlar</u>			
Nej	67 (69 %)	35 (62 %)	
Ja	30 (31 %)	21 (38 %)	p=0,41 (n.s)
<u>Armbågar</u>			
Nej	80 (82 %)	44 (79 %)	
Ja	17 (18 %)	12 (21 %)	p=0,55 (n.s)
<u>Handleder/händer</u>			
Nej	80 (82 %)	46 (82 %)	
Ja	17 (18 %)	10 (18 %)	p=0,96 (n.s)
<u>Bröstrvgg</u>			
Nej	83 (86 %)	45 (80 %)	
Ja	14 (14 %)	11 (20 %)	p=0,40 (n.s)
<u>Ländrvvgg</u>			
Nej	66 (68 %)	36 (64 %)	
Ja	31 (32 %)	20 (36 %)	p=0,64 (n.s)
<u>Höfter</u>			
Nej	85 (88 %)	48 (86 %)	
Ja	12 (12 %)	8 (14 %)	p=0,74 (n.s)
<u>Knän</u>			
Nej	75 (77 %)	41 (73 %)	
Ja	22 (23 %)	15 (27 %)	p=0,57 (n.s)
<u>Fotleder/fötter</u>			
Nej	83 (86 %)	43 (77 %)	
Ja	14 (14 %)	13 (23 %)	p=0,17 (n.s)