Myndigheten för arbetsmiljökunskap

# Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor

Riktlinje 2

Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor
Riktlinje 2
ISBN 978-91-89747-75-3
Publicerad år 2024

Myndigheten för arbetsmiljökunskap
Telefon: 026 14 84 00, Epost: info@mynak.se
www.mynak.se

# Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor

Riktlinje 2

# Om riktlinjerna

Riktlinjerna syftar till att ge företagshälsan evidensbaserad vägledning att stödja arbetsgivare och medarbetare att främja hälsosamma levnadsvanor via arbetsplatsen. Riktlinjerna redogör bland annat för vilka kartläggningsinstrument och efterföljande insatser på individ- och arbetsplatsnivå som är effektiva och har vetenskapligt stöd samt hur utvärdering av processer och effekter kan ske. Riktlinjerna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Riktlinjerna är primärt utformade för att tillämpas av företagshälsan men kan även nyttjas av chefer, HR-specialister, personalchefer, skyddsombud, samverkansgrupper, arbetsmiljökommittéer och andra som är involverade i det hälsofrämjande arbetet med levnadsvanor på arbetsplatsen.

Riktlinjerna fokuserar enbart på de fyra levnadsvanorna matvanor, alkohol, tobak och fysisk aktivitet/stillasittande. De omfattar inte de medicinska (lagstadgade) hälsokontrollerna som tas upp i Arbetsmiljöverkets författningssamling. För stress och sömn hänvisas till Myndigheten för arbetsmiljökunskaps riktlinjer om psykisk hälsa och ohälsa. Myndighetens samtliga riktlinjer för evidensbaserad praktik inom företagshälsan finns att ladda ner från myndighetens webbplats.

Kartläggningsmetoder, råd och insatser som rekommenderas här är generella och avser vuxna personer i arbetsför ålder. För rekommendationer gällande personer med specifika behov som kan kräva särskild hänsyn, exempelvis personer med funktionsvariationer, sjukdomstillstånd/förhöjd risk för sjukdom, ungdomar/äldre, gravida, kvinnor i klimakterium, med mera, hänvisas till kompletterande kunskapskällor. Några exempel är Socialstyrelsens riktlinjer, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS, Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling och patientföreningars webbplatser med flera.

Dessa riktlinjer är en uppdaterad utgåva av de riktlinjer om hälsoundersökningar som gavs ut av Karolinska Institutet 2015. De som arbetat med uppdateringen i denna utgåva presenteras på nästa sida. De experter som arbetade med den första versionen anges på sida 83.

## Medverkande i riktlinjegruppen

Lydia Kwak, docent och senior lektor i hälsopromotion vid Karolinska Institutet. Huvudansvarig expert och författare.

Pernilla Nordkvist, filosofie master i arbetshälsovetenskap och projektledare på Sveriges Företagshälsor. Expert och författare.

Wim Grooten, docent och senior lektor vid Karolinska Institutet. Expert och författare.

Ulric Hermansson, medicine doktor och tidigare lektor vid Karolinska Institutet. Expert inom alkoholområdet och författare till texten om alkohol.

Maria Lennernäs, professor emerita vid Högskolan i Gävle.

Martina Wallberg, doktorand vid Uppsala universitet.

Liv Nilsson, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, processledare.

## Övriga medverkande experter, granskare och praktiker

Gunnar Andersson, medicine doktor vid Health Profile Institute AB, HPI.

Maria Hagströmer, professor vid Karolinska Institutet.

David Hallman, universitetslektor, docent vid Högskolan i Gävle.

Sofia Paulsson, medicinsk chef vid Health Profile Institute AB, HPI.

Liselotte Schäfer Elinder, professor vid Karolinska Institutet. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm.

Kjerstin Stigmar, docent och universitetsadjunkt vid Lunds universitet.

Tanja Tomson, senior forskare, docent vid Karolinska Institutet.

Charlotte Wåhlin, doktor, biträdande professor, ergonom vid Arbets- och miljömedicin för Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län Medicincentrum. Adjungerad vid Linköpings universitet.

Maria Sjöberg, företagssköterska, Avonova Hälsa AB.

Petra Shaqdih, företagssköterska, Regionhälsan, Region Örebro.

Annelie Larsson, företagssköterska, Regionhälsan, Region Örebro.

Åsa Skiöld, vd, A-Hälsan.

Cecilia Eurén-Pettersson, företagssköterska, Falck Sverige AB.

Malin Lundqvist Ståhl, verksamhetschef Försvarshälsan i Arvidsjaur.

Ragnhild Ivarsson Walther, företagsläkare.

# Läsanvisning

Riktlinjerna inleds med ett övergripande avsnitt som beskriver en arbetsmodell för genomförande av hälsoundersökningar på ett sådant sätt att de ger positiva effekter för såväl medarbetare som organisation. Arbetsmodellen omfattar fyra steg och beskriver hur arbetet kan organiseras och utföras av företagshälsan och den aktuella arbetsplatsen tillsammans.

Därefter går riktlinjerna djupare in på de fyra levnadsvanor som dessa riktlinjer omfattar; matvanor, tobak, alkohol och fysisk aktivitet/stillasittande. Evidensbaserade kartläggningsinstrument och förslag på insatser presenteras på både arbetsplats-/organisationsnivå och individnivå.

# Centrala begrepp och definitioner

I dessa riktlinjer används benämningen ”hälsoundersökning” i betydelsen av att den omfattar såväl kartläggning med återkoppling som efterföljande insatser och utvärdering. Hälsoundersökningen kan genomföras på arbetsplats-/organisationsnivå och/eller på individnivå. En hälsoundersökning på arbetsplatsnivå inkluderar såväl organisationens övergripande hälsoarbete, arbetsmiljön i stort, som medarbetarnas levnadsvanor på gruppnivå. Fokus ligger på stödjande insatser att främja hälsosamma levnadsvanor via den organisatoriska, fysiska och sociala arbetsmiljön. På individnivå kartläggs medarbetarens levnadsvanor enskilt och insatser ges riktat och anpassat till den enskildes behov. Kartläggningar på individnivå som görs på många medarbetare samtidigt kan sammanställas på gruppnivå och ge viktig information om vilka levnadsvanor som det finns störst behov av att prioritera inför att efterföljande insatser ska väljas.

Det finns många olika varianter av hälsoundersökningar. En del av dem hanterar även andra hälsorelaterade frågor än just de levnadsvanor som tas upp här, till exempel stress, olika biomarkörer, vibrationer eller buller. Andra hälsofrågor går mycket väl att kombinera med de levnadsvanor som dessa riktlinjer omfattar. När det gäller stress och sömn hänvisas till myndighetens riktlinjer om psykisk hälsa och ohälsa på arbetsplatsen. För fysiska utredningar och laboratorietester hänvisas till andra befintliga medicinska riktlinjer.

# Innehåll


**Om riktlinjerna** ..... 4

**Läsanvisning** ..... 6

**Centrala begrepp och definitioner** ..... 6

**Inledning** ..... 8

**En arbetsmodell steg för steg** ..... 11

Steg 1. Planera och förankra ..... 13

Steg 2. Kartlägga och analysera ..... 17

Steg 3. Välja, planera och genomföra insatser på individ- och arbetsplatsnivå ... 22

Steg 4. Utvärdera processer och effekter ..... 28

**Att främja hälsosamma matvanor** ..... 30

**Att minska riskkonsumtion av alkohol** ..... 38

**Att främja en tobaks- och nikotinfri arbetsmiljö** ..... 47

**Att främja fysisk aktivitet och begränsa stillasittande** ..... 55

**Referenser** ..... 67

**Bilagor** ..... 73

**Mer om framtagandet av riktlinjerna** ..... 83

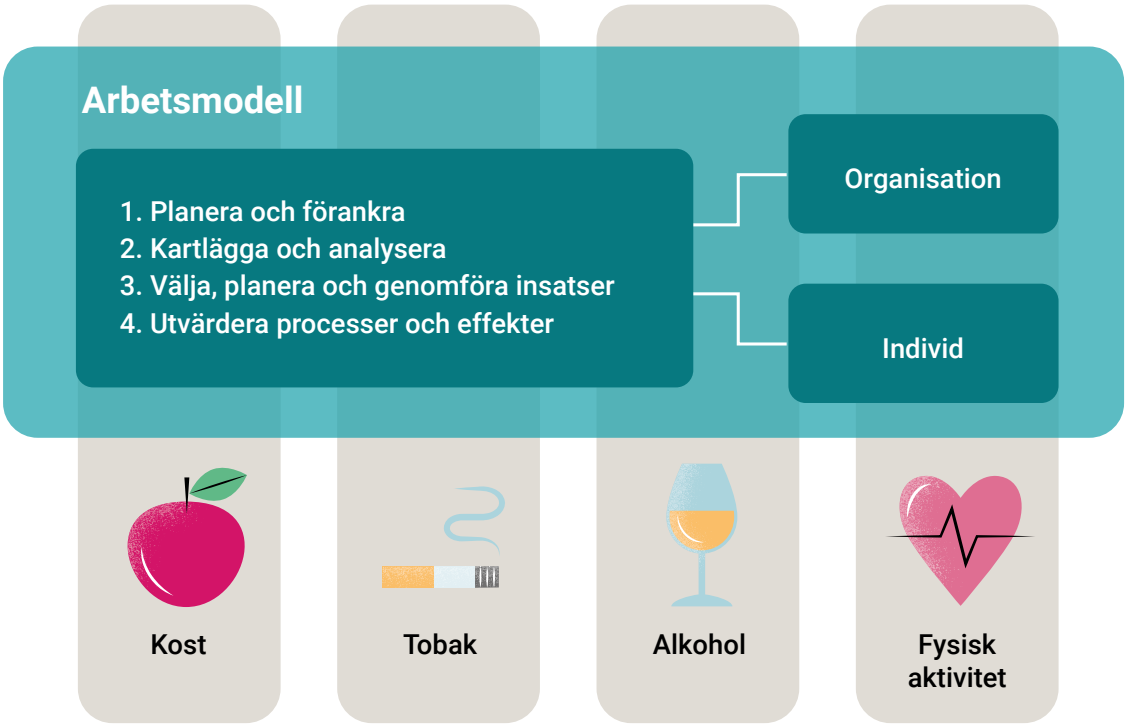
# Inledning

Det finns ett behov av att reformera och utveckla de traditionella hälsoundersökningar som vanligtvis genomförs i arbetslivet. Allt som oftast inkluderar de endast en kartläggning av individens hälsa med efterföljande återkoppling till den enskilde, men saknar både syfte och efterföljande insatser på såväl individ- som arbetsplats-/organisationsnivå. Vetenskaplig evidens visar att hälsoundersökningar behöver inkludera efterföljande insatser för att de ska ge positiva hälsoeffekter. Det är också viktigt att ha ett brett perspektiv som beaktar organisationens strategiska hälsoarbete och arbetsmiljön i stort, utöver medarbetarnas individuella levnadsvanor.

Riktlinjerna för hälsoundersökningar via arbetsplatsen kan användas för att främja hälsosamma levnadsvanor på individnivå (så kallad individinriktad hälsoundersökning) och på arbetsplats-/organisationsnivå. Levnadsvanor som rör matvanor, alkohol, tobak och fysisk aktivitet/stillasittande har en stor påverkan på hälsan. Ohälsosamma levnadsvanor innebär en starkt förhöjd risk för kroniska sjukdomar, nedsatt arbetsförmåga, sänkt livskvalitet och för tidig död. Bland annat ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, övervikt och vissa cancerformer. Hälsosamma levnadsvanor kan minska risken för dessa sjukdomar. Arbetsplatsen är en viktig arena för att främja hälsosamma levnadsvanor genom att fokus kan läggas på såväl medarbetarnas individuella levnadsvanor som de organisatoriska och arbetsmiljömässiga faktorer som påverkar dem. Detta arbetssätt stämmer väl överens med *Luxemburg Declaration of Workplace Health Promotion in the European Union.* Riktlinjerna är också i linje med Agenda 2030 för hållbar utveckling, som antagits av alla FN:s medlemsstater. Specifikt när det gäller flera av delmålen i mål 3 (God hälsa och välbefinnande) och mål 8 (Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt).

Individinriktade hälsoundersökningar utgör ett utmärkt tillfälle att identifiera och ge individuellt anpassat stöd till enskilda medarbetare som har behov av att förbättra sina levnadsvanor. Resultaten av de individuella levnadsvanekartläggningarna kan även sammanställas och analyseras på grupp- och organisationsnivå. Det sammanställda resultatet visar då vilka levnadsvanor som arbetsplatsen/organisationen är i störst behov av att åtgärda och utgör tillsammans med en kartläggning av de organisatoriska förutsättningarna ett viktigt underlag vid prioritering av insatsområden på arbetsplats-/organisationsnivå.

# Hälsoundersökning via arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor




**Figur 1.** Schematisk bild över vad en hälsoundersökning med fokus på levnadsvanor som tillämpar ett brett perspektiv omfattar.

## Arbetet planeras och genomförs i samverkan och med stöd av expertis

Ett arbets- och förhållningssätt som genomgående utgår från delaktighet och samverkan där ledning och medarbetare har en aktiv roll vid prioritering och beslut rekommenderas, exempelvis när det gäller vilka områden som ska kartläggas och vilka insatser som ska följa efter att kartläggningsresultatet analyserats.

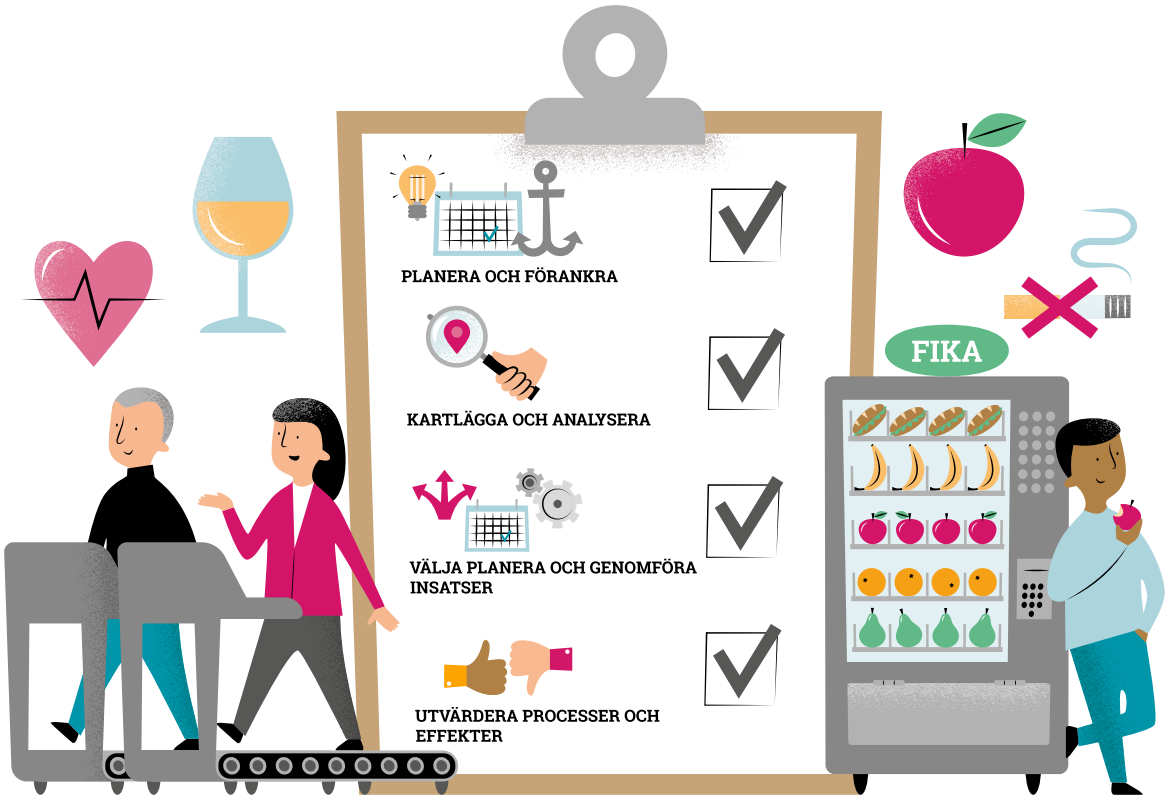
För att hälsoarbetet ska ge bästa möjliga effekt bör expertis inom arbetsmiljö och hälsa, till exempel företagshälsan, involveras tidigt i processen. Företagshälsan är en oberoende, multiprofessionell expertresurs som har en unik spetskompetens när det gäller arbetsmiljöns och arbetets inverkan på hälsan och vice versa.

Samverkan mellan arbetsgivare, medarbetare och företagshälsa möjliggör att hälsoarbetet kan omfatta verksamhetens aktuella hälsofrågor ur olika perspektiv och med beaktande av arbetets och arbetsmiljöns betydelse för medarbetarnas hälsa, arbetsförmåga och produktivitet.

## Hälsofrämjande arbetsmiljöarbete

Utgångspunkten för det hälsofrämjande arbetsmiljöarbetet är arbetsmiljöverkets föreskrift om om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Föreskriften beskriver hur arbetsgivaren på ett kontinuerligt och strukturerat sätt ska arbeta för en god arbetsmiljö och förebygga att anställda skadas eller drabbas av ohälsa i sitt arbete. För att det hälsofrämjande arbetet med levnadsvanor ska vidmakthållas och utvecklas har det betydelse att det inkluderas i arbetsmiljöpolicyn och i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Policyn bör redogöra för den övergripande viljeriktningen och den långsiktiga målsättningen.

Förutom att individinriktade hälsoundersökningar via arbetsplatsen kan förbättra medarbetares levnadsvanor, kan incitament och förutsättningar i organisationen och i arbetsmiljön stärka dem. Det kan ske genom att en hälsofrämjande policy tas fram eller att konkreta förbättringar i arbetsmiljön genomförs, till exempel genom att ordna cykelparkering, tillgång till omklädningsrum och duschar, förbättra matutbudet i personalmatsalen eller ge medarbetarna tillräckligt med tid för att äta och så vidare. Hälsoundersökningar är en verksamhetsstrategisk insats i syfte att främja och bibehålla en god arbetsförmåga och produktivitet samt att förebygga sjukdomar, arbetsolyckor och arbetsskador, vilket kan bidra till minskad sjuknärvaro och sjukfrånvaro, förbättrat ”nöjd medarbetarindex” och dylikt.

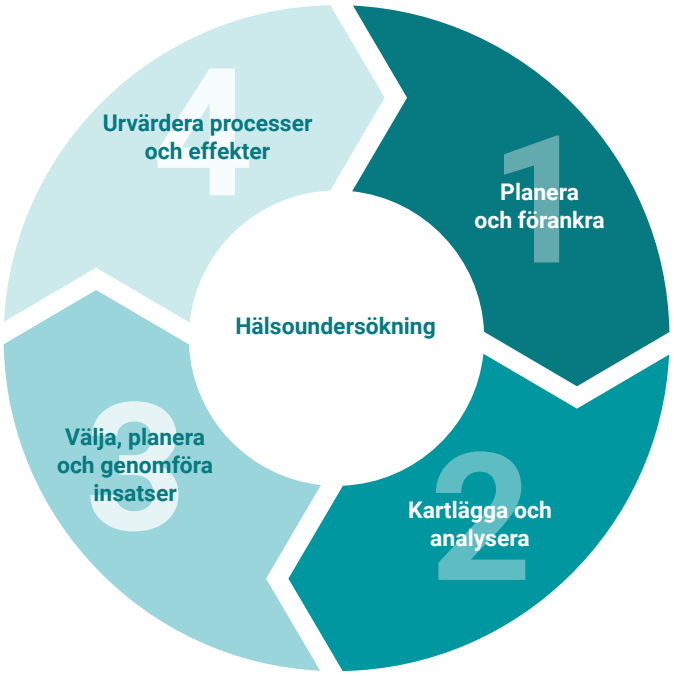


# En arbetsmodell steg för steg

Arbetsgivare som efterfrågar hälsoundersökningar kan ha olika uppfattning om, och erfarenhet av, vad en hälsoundersökning innebär. Innan en hälsoundersökning genomförs behöver företagshälsan ta reda på beställarens syfte och mål samt tydliggöra på vilket sätt den bör utföras för att ge önskad effekt. I dessa riktlinjer förutsätts att den tjänst som ska utföras omfattar både kartläggning med återkoppling och efterföljande insatser med uppföljning och utvärdering.

**Figur 2** visar en arbetsmodell som beskriver hur en hälsoundersökning kan genomföras. Arbetsmodellen kan användas för att främja hälsosamma levnadsvanor på arbetsplats-/organisationsnivå och/eller individnivå. På arbetsplatsnivå tillämpas ett brett perspektiv för att främja hälsosamma levnadsvanor med fokus på både organisationens/arbetsplatsens förutsättningar och medarbetarnas levnadsvanor. På individnivå ligger fokus på individens levnadsvanor, hur dessa kartläggs och vilka insatser som kan användas för att främja levnadsvanorna.

Ett konkret stöd som kan användas under hela processen är den checklista som fins i faktabladet ”Implementering med kvalitet” och guiden ”E-guide implementering” som finns att tillgå via Folkhälsomyndighetens webbplats.




**Figur 2.** Arbetsmodell för genomförande av en hälsoundersökning på arbetsplatsen med fokus på levnadsvanor.

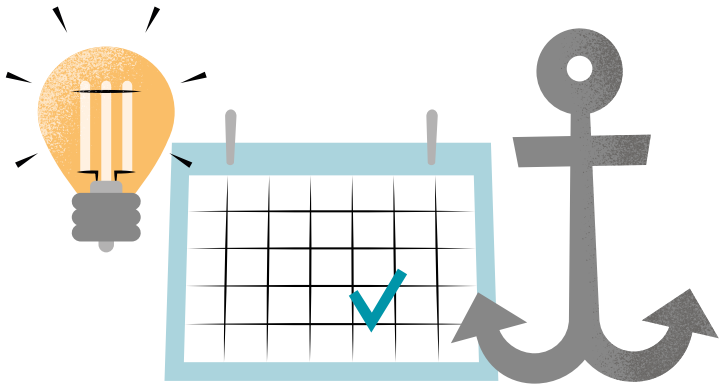
**Kortfattat innehåller arbetsmodellen fyra steg:**

**Steg 1. Planera och förankra.** Planera alla fyra stegen och dokumentera dem i en projektplan. Förankra planeringen hos alla som berörs.

**Steg 2. Kartlägga och analysera.** Välj vetenskapligt kvalitetssäkrade metoder för kartläggning. Analysera och ge återkoppling till berörda enligt planen.

**Steg 3. Välja, planera och genomföra insatser.** Utifrån analysen av kartläggningens resultat, välj ut en eller flera levnadsvanor som ska främjas och välj vilka evidensbaserade insatser som ska genomföras. Förankra det kommande arbetet hos berörda, samt genomför och följ upp de valda insatserna enligt den uppdaterade planen.

**Steg 4. Utvärdera processer och effekter.** Utvärdera både själva processen (hur det gick till att genomföra arbetet) och vilka effekter insatserna lett till.



## Steg 1. Planera och förankra

Första steget är att planera för alla fyra stegen i processen. Det är betydelsefullt att arbetsplatsens ledning är delaktig under hela processen för att säkerställa att hälsoundersökningen får önskad inriktning och blir en prioriterad aktivitet. Ett sätt att öka intresset för hälsoundersökningen är att sätta in den i ett sammanhang, till exempel genom att relatera den till andra verksamhetsmål som minskad sjukfrånvaro/sjuknärvaro eller stärkt arbetsförmåga.

Ett inledande samtal med uppdragsgivaren som ger en samlad bild av hela organisationen är en central utgångspunkt. Kännedom om vilken verksamhet som bedrivs, hur arbetsgrupperna ser ut (till exempel kön och ålder), vilken typ av arbete som genomförs (kontorsarbete, manuell hantering eller vård- och omsorg med mera) samt när och var arbetet genomförs (exempelvis om nattarbete, skiftarbete eller distansarbete förekommer) är till god hjälp. Det är även bra att tidigt klargöra vad som redan finns på plats i organisationen, till exempel om det finns en arbetsmiljöpolicy, en policy för friskvård och hälsa eller hälsostrategier för främjande av hälsosamma levnadsvanor. I det inledande samtalet är det fördelaktigt om professioner med olika spetskompetens inom företagshälsan kan delta. Denna samlade bild är användbar för att kunna ge relevanta rekommendationer med hänsyn tagen till den unika branschens och organisationens egenskaper.

För att arbetet ska bli effektivt är ett participativt arbetssätt att rekommendera. Ett participativt arbetssätt bygger på delaktighet. Delaktighet skapar engagemang, får med alla på tåget och ökar möjligheten att i ett tidigt skede förutse både vad som kan underlätta och vad som kan utgöra hinder i arbetet. Ett sätt att skapa delaktighet är att tillsätta en särskild arbetsgrupp där någon/några från företagshälsan samt representanter från till exempel ledningsgrupp, kommunikationsavdelning, personalavdelning, facket och övriga medarbetare ingår. Vilka som bör ingå i gruppen beror på organisationens/arbetsplatsens typ, storlek och verksamhet, men det är bra att inkludera representanter från alla intressegrupper. Arbetsgruppen bör vara aktiv och stämma av regelbundet så att de beslut och förändringar som behöver göras under arbetets gång blir väl förankrade. Om det inte är aktuellt med en arbetsgrupp är det klokt att försöka

involvera en representant från ledningen som har mandat att fatta beslut, och representanter från medarbetarna som övriga medarbetare har ett högt förtroende för, exempelvis ett skyddsombud eller en facklig företrädare. Dessa bör vara delaktiga i processen och stå bakom de beslut som fattas.

Redan i planeringsstadiet är det viktigt att komma överens om hur det hela ska gå till och vem som har ansvar för vad genom att ta fram en tydlig projektplan. Kom ihåg att diskutera vem som ”äger” resultaten från kartläggningar och utvärderingar med mera. Det kan till exempel vara HR, arbetsmiljökommittén, chefsledet eller företagshälsan. Vem som ”äger” resultaten kan ha betydelse för hur handlingsplaner utformas och för mandatet att tilldela medarbetare uppgifter. Några centrala punkter att reflektera över när en projektplan ska tas fram är:

## Varför?

Att reflektera över och formulera varför en hälsoundersökning via arbetsplatsen ska genomföras och vad den är tänkt att leda till är en förutsättning för att uppnå önskat resultat. Relatera gärna till verksamhetens övriga mål och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete.

## Vilka levnadsvanor ska kartläggas?

Bestäm vilka av de fyra levnadsvanorna som ska kartläggas. Ofta är det praktiskt att kartlägga alla områden samtidigt för att kunna nyttja kartläggningsresultatet som ett underlag för att bedöma vilka områden som det är mest angeläget att i första hand lägga vikt vid.

## Vem och vad ska omfattas av kartläggningen?

Bestäm vilka som ska tillfrågas och om kartläggningen ska omfatta hela verksamheten eller bara vissa arbetsgrupper/arbetsplatser. Om kartläggningen ska omfatta en översyn av förutsättningarna i den organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljön, bestäm vad och vilka aspekter som ska kartläggas.

Inte bara vad och vem som omfattas behöver diskuteras, utan även vilka förutsättningar som gäller i kartläggningsfasen behöver tas upp. Av erfarenhet är det klokt att i planeringsstadiet bestämma vad kartläggning med återkoppling på medarbetarnivå innebär för den enskilde, samt att alla berörda medarbetare får information om det innan kartläggningen påbörjas. Det kan till exempel handla om vilket utrymme företagshälsan har att erbjuda ytterligare stöd för den som behöver och önskar, och i så fall i vilken omfattning. Det är vanligt att kartläggning med återkoppling även inkluderar ett eller ett par uppföljande besök/undersökningar för de medarbetare som behöver det, och att dessa besök får ske utan att arbetsgivaren får veta vilka och vad de gäller.

## Vad ska utvärderas?

När genomförandet av hälsoundersökningen ska utvärderas (processutvärdering) behöver utvärderingen planeras i god tid för att det ska gå att samla in nödvändiga

data. Planera gärna utvärdering av insatsernas effekt (effektvärdering) samtidigt som insatserna planeras. Läs mer om utvärdering i steg 4.

## Vilka resurser finns att tillgå?

I planeringsstadiet är det centralt att klargöra vilka resurser som finns att tillgå och att säkra att de räcker hela vägen. Det kan handla om personella, materiella eller ekonomiska resurser, samt att tillräckligt med tid avsätts för dem som är engagerade. Det är viktigt att komma ihåg att ta höjd för att efterföljande insatser ska inkluderas så att hälsoundersökningen har förutsättningar att ge förväntad effekt.

## Vem har ansvar för vad?

Ansvar och rollfördelning är viktigt, både när det gäller att driva processen framåt och att genomföra dess olika steg. Det behöver till exempel vara tydligt vem som har mandat att fatta nödvändiga beslut och vem som kan svara på frågor. Att genomföra hälsoundersökningar, inklusive insatser, kräver uthållighet och engagemang, därför är det betydelsefullt att alla nyckelpersoner är involverade under hela genomförandet.

## Hur och vem ska få/ge återkoppling av resultaten?

När medarbetares levnadsvanor kartläggs ska resultatet återkopplas på individnivå. En återkoppling på grupp-/organisationsnivå kan också ges. Det är då ytterst angeläget att alla resultat är avidentifierade (att ingen enskild persons resultat kan urskiljas) så att sekretessen bibehålls och att alla som deltar får information i förväg om vem/vilka som får del av resultaten och när. För en hög grad av trovärdighet ska den som ger återkoppling ha kompetens att förklara samband mellan arbetsmiljö och hälsa samt kunna svara på eventuella frågor. En erfarenhet från företagshälsan, som angetts som en framgångsfaktor, är att någon från företagshälsan ger grupp-/organisationsåterkopplingar tillsammans med den som är ansvarig i den beställande organisationen. Liksom vid återkoppling på individnivå är det förutseende att även på grupp-/organisationsnivå i förväg ha bestämt vad återkopplingen ska innehålla, exempelvis om förslag på insatser ska ingå eller om den endast ska innehålla en rapportering av vad kartläggningen visar.

## Hur sker kommunikationen?

Integrera gärna hur kommunikationen ska gå till i projektplanen. Det är ett bra stöd för att hålla alla involverade, engagerade och uppdaterade genom hela processen. Här kan uppdragsgivarens kommunikatörer vara till god hjälp om sådana finns.

Utformning av hur kommunikationen kring hälsoundersökningens fortskridande ska genomföras, sker med fördel i dialog med ledning och chefer för att information ska ges vid lämpliga tidpunkter och på ett sätt som gör att den tas emot väl i organisationen. Berörda chefer kan till exempel berätta och

påminna om hälsoundersökningen på arbetsplatsträffar eller motsvarande. Gärna som en stående punkt på dagordningen så länge processen pågår. Det kan vara av stort värde att en insatt person på företagshälsan informerar om den kommande hälsoundersökningen tillsammans med någon från arbetsplatsen i uppstarten, både för att skapa intresse och ge svar på frågor.

När det gäller kartläggning av medarbetares levnadsvanor är det ofta de som är i störst behov av att ändra sina levnadsvanor som uteblir. Det är därför extra betydelsefullt att tydliggöra vad medarbetarna kan förvänta sig, och att informera om att inga individuella resultat kommer att kunna urskiljas vid avrapportering till arbetsgivaren eller vid återkoppling på grupp-/organisationsnivå.

## Hur ser uppföljningen ut?

Fundera över hur arbetet ska följas upp och stämmas av under processens gång. Avstämningar ger tillfälle att diskutera hur arbetet fortskrider och att göra nödvändiga ändringar och anpassningar. Eventuella justeringar bör dokumenteras i projektplanen.

# Steg 2. Kartlägga och analysera

Nästa steg är att göra själva kartläggningen. Kartläggningen kan innebära att såväl medarbetares levnadsvanor som arbetsplatsens förutsättningar för att främja hälsosamma levnadsvanor kartläggs. Om uppdragsgivaren redan har en tydlig bild av vilka levnadsvanor som behöver främjas kartläggs endast förutsättningarna inom arbetsplatsens organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljö.

Det råder delade meningar om eventuella risker med hälsokartläggningar på individnivå som innehåller fysiska utredningar, psykologiska bedömningar och biomarkörer utöver frågeformulär om hälsa och levnadsvanor. Möjliga negativa konsekvenser kan vara överdiagnostik, överbehandling, oro på grund av falskt positiva testresultat, låg tilltro på grund av falskt negativa testresultat samt en negativ psykosocial inverkan på grund av stigmatisering. Dessutom är överdimensionerade hälsokartläggningar kostsamma vilket kan resultera i minskade möjligheter att erbjuda efterföljande insatser. Rekommendationen är därför att utifrån syftet med att genomföra hälsoundersökningen omsorgsfullt välja vad som ska ingå i kartläggningen samt att göra en noggrann avvägning av aktuella testers för- och nackdelar.

## Kartlägga

En kartläggning kan genomföras med hjälp av enkäter, intervjuer eller observationer som stöds av checklistor (eller en kombination). Kartläggningen kan omfatta medarbetares hälsa och levnadsvanor, och/eller den organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljön som kan påverka medarbetarnas levnadsvanor.

### Enkäter riktade till medarbetare

Det finns många olika enkäter för kartläggning och det går att kombinera dem med varandra. Det är dock viktigt att alla enkäter som används är vetenskapligt kvalitetssäkrade. Om det inte finns några validerade enkäter eller checklistor

**För att säkerställa kvaliteten på hälsoundersökningar utformades år 2014 en europeisk konsensus, "Quality criteria for health checks: a European consensus agreement". Den innehåller kvalitetskriterier som det är viktigt för den som genomför hälsoundersökningen att begrunda redan i planeringsstadiet. På så sätt kan det säkerställas att kvalitetskriterierna kan tillgodoses. I korthet handlar kriterierna om att:**

1. Definiera syftet med hälsoundersökningen och om fokus ligger på riskfaktorer, symptom eller tillstånd, samt vilka behandlingar och insatser som finns att tillgå.
2. Ge information som är begriplig, korrekt och fullständig kring hälsoundersökningen och vad resultaten kan visa så att personen kan fatta ett informerat beslut om att medverka eller ej.
3. Ge information till klienten om vad formulär och tester innebär och dess eventuella risker samt om hur resultaten hanteras och hur eventuella klagomål kan framföras. Utföraren har ansvar för att säkerställa att klienten ger ett informerat samtycke.
4. Använd manualer, anvisningar och riktlinjer vid användning av formulär och tester samt vid analys av resultat.
5. Specificera referensvärden för positiva och negativa testresultat samt andra betydelsefulla värden.
6. Delge resultaten (samt eventuell osäkerhet vid mätningarna) och tolkningen av dem skriftligt.
7. Ge evidensbaserade råd och rekommendationer för att minska risken för ohälsa på grund av ohälsosamma levnadsvanor.
8. Respektera nationella/europeiska lagar som rör insamlade data.

som besvarar relevanta frågeställningar bör nya frågor utvecklas i samverkan med forskare. Enkäterna ska användas i sin helhet och ordningsföljden på frågorna inom varje enkät bibehållas. Det ger tillförlitliga och rättvisande resultat som kan jämföras med andra populationer. Undvik självkonstruerade frågor eller frågor som tas ur sitt sammanhang. Det är också viktigt att använda samma instrument eller frågor vid upprepade mätningar så att resultaten kan jämföras över tid. Fokusera på att endast kartlägga sådant som hjälper till att uppfylla syftet. Att ställa onödiga frågor är oetiskt och kan leda till frustration och minskad tillit till såväl själva undersökningen som arbetsgivaren och företagshälsan. Det är rimligt att medarbetare ska kunna anta att det som det ställs frågor om också kommer att beaktas.

## Kartlägga medarbetares levnadsvanor

I de kommande avsnitten ges förslag på vetenskapligt kvalitetssäkrade enkäter och tester som ger bedömningsunderlag för matvanor, alkoholvanor, tobaksvanor och fysisk aktivitet/stillasittande samt på hur resultaten ska tolkas och analyseras. Enkäterna har valts ut för att de kan identifiera dem som har störst behov av att förbättra sina levnadsvanor. Det finns flera hälsokartläggningsinstrument på marknaden som inkluderar frågor om flera levnadsvanor samtidigt. Ett exempel som många företagshälsor använder är Hälsoprofilbedömning TM (HPB), som har utvecklats och marknadsförs av HPI, Health Profile Institute.

Ytterligare utredningar och kompletterade medicinska undersökningar kan behöva göras. Om hälsoundersökningen ska omfatta andra områden än de som dessa riktlinjer omfattar, eller personer med särskild risk (som har sjukdomar eller andra tillstånd som särskilt behöver beaktas) hänvisas till andra medicinska vägledningar och riktlinjer. Sådana finns exempelvis hos Socialstyrelsen, SKR:s nationella vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor och Folkhälsomyndigheten. Eftersom det kan finnas samband mellan ohälsosamma levnadsvanor, stress och psykisk ohälsa kan det vara motiverat att komplettera hälsoundersökningen med bedömning och insatser gällande psykisk hälsa. Läs mer om detta i myndighetens riktlinjer om psykisk hälsa och ohälsa på arbetsplatsen där även frågor om sömn och återhämtning tas upp.

**Följande typer av frågor och tester kan ingå i en kartläggning:**

- levnadsvanor.
- motivation till förändring av levnadsvanor.
- individens bakgrund, exempelvis kön, ålder, upplevd hälsa, medicinsk historia med mera.
- stress och sömn.
- kompletterande medicinska kontroller, exempelvis vikt, längd, midjemått, blodsocker, kolesterol, blodtryck med flera.

## Kartlägga arbetsplatsens organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljö

Vid en hälsoundersökning som tillämpar ett brett arbetsplatsperspektiv ses arbetsplatsen som en arena som kan ge goda förutsättningar för att främja hälsosamma levnadsvanor hos dem som arbetar där. En viktig del i detta är att inte endast kartlägga medarbetarnas levnadsvanor, utan att även kartlägga förutsättningarna för hälsosamma levnadsvanor inom den organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljön. Det finns inga validerade enkäter eller checklistor på svenska att tillgå, men det finns ett flertal validerade checklistor på engelska. En översikt av dessa enkäter och checklistor finns i bilaga 1. Översättning och validering bör ske i samverkan med forskare och professionella översättare.

**En kartläggning av den organisatoriska, fysiska, och sociala arbetsmiljön kan omfatta följande frågeställningar:**

- Vilka policyer och rutiner har organisationen? Vad innehåller de och hur följs de upp? (Finns det till exempel en tydlig och välkänd policy för friskvård och hälsa och en alkoholpolicy?)
- Vilka finansiella, materiella eller andra incitament erbjuder organisationen för att uppmuntra och motivera till hälsosamma levnadsvanor? (Finns det till exempel friskvårdsbidrag eller friskvårdstimmar att nyttja?).
- Uppmuntrar arbetsgivaren deltagande i aktiviteter som främjar hälsosamma levnadsvanor? (Tas frågan upp till exempel upp på arbetsplatsträffar och föregår ledning och chefer själva med gott exempel?).
- Vilken beredskap finns på arbetsplatsen/i organisationen att genomföra hälsofrämjande insatser? (Finns till exempel nödvändig kompetens och andra resurser på plats?).
- Vilka förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor finns i arbetsmiljön? (Hur är till exempel tillgången till hälsosam mat i personalrestaurangen? Finns cykelparkering och dusch för aktiv arbetspendling?).
- Vilka förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor finns i närområdet? (Finns det till exempel tillgång till hälsosam mat i butiker och restauranger? Finns det grönområden för att ta en lunchpromenad eller en motionsanläggning för att enkelt kunna träna före/efter jobbet eller på lunchen?
- Vad innebär arbetsuppgifterna som medarbetarna utför? (Innebär de till exempel stillasittande, gående eller fysiskt tungt arbete?).

## Analysera

Insamlade data ska tolkas med hjälp av tillhörande manualer och referensdata för att ge korrekta resultat. Resultaten kan analyseras på individ-, grupp- eller organisationsnivå beroende på syftet och vad som kartlagts.

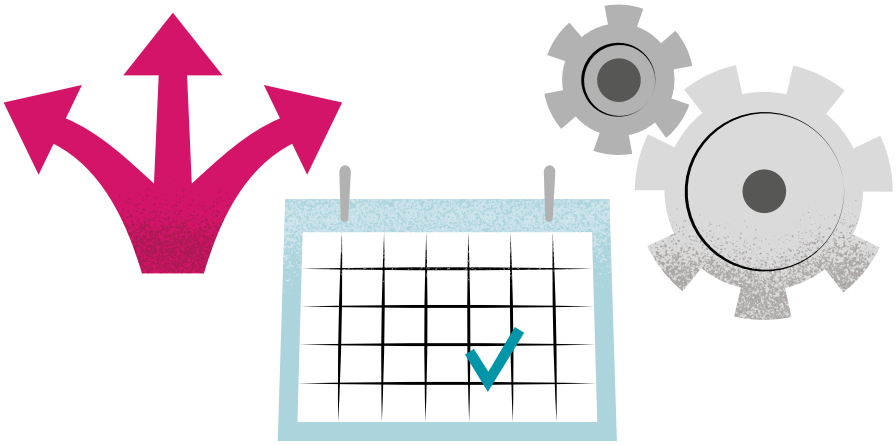
När frågeformulär används på individnivå sker det ofta för att ge stöd för diagnos eller skatta personens hälsa i förhållande till gränsvärden. Resultaten återkopplas till medarbetaren och utgör ett bra underlag för en diskussion om levnadsvanornas betydelse för hälsan. Det är viktigt att anpassa samtalet till medarbetarens preferenser, livssituation, förmåga att ta till sig information och kunskapsnivå. Även medarbetarens typ av arbete, arbetsförhållanden och specifika arbetssituation bör beaktas i återkoppling och rådgivning. Att i analysarbetet involvera företagshälsans olika professioner är ett bra sätt att säkerställa och beskriva samband mellan faktorer i arbetsmiljön och hur dessa påverkar medarbetarens hälsa.

När enkäter används på grupp- och/eller organisationsnivå finns oftast inga gränsvärden/referensvärden att tillgå, men resultatet kan jämföras med

andra likvärdiga grupper, exempelvis efter kön, ålder, likartat arbete, arbete i samma bransch och så vidare. Resultaten sammanställs på grupp- och/eller organisationsnivå genom att beräkna den procentuella andelen av medarbetarna som har hälsosamma/ohälsosamma levnadsvanor. Företagshälsan kan med sin erfarenhet och expertkunskap tolka vad resultaten visar. Folkhälsomyndighetens och SBU:s statistik kan användas, till exempel för symptom/besvär/levnadsvanor med urval på bransch, ålder och kön med mera. Kom ihåg att ta hänsyn till antalet medarbetare som har svarat på frågorna när tolkningen görs så att det inte går att urskilja enskilda individers resultat. Vid analysen är det också viktigt att ta hänsyn till medarbetarnas olika arbetsförhållanden som kan påverka levnadsvanorna under arbetstid och på arbetsplatsen. En lastbilschaufför eller personlig assistent som är styrd av sitt arbete i tid och rum har till exempel inte samma förutsättningar som en kontorsanställd som kan ha tillgång till både flexibla arbetstider, personalrestaurang och gym. När analyserna är klara återkopplas resultaten till medarbetarna på det sätt som överenskommits. Resultaten utgör ett bra underlag för diskussion om organisationens behov och möjligheter att främja hälsosamma levnadsvanor och som grund för efterföljande insatser. Diskussionen kan till exempel handla om levnadsvanornas betydelse i relation till verksamhetens mål kring arbetsförmåga, produktivitet, arbetstrivsel eller sjukfrånvaro.

**Vid kartläggning:**

- Kartlägg endast sådant som hjälper till att uppfylla syftet.
- Använd endast tester, enkäter och instrument som är evidensbaserade.
- Använd enkäterna i sin helhet och med bibehållen ordningsföljd på frågorna.
- Om möjligt, använd helst samma frågor och instrument vid varje kartläggning så att jämförelser kan göras över tid.
- Använd instrument för fysiska/biometriska tester som är kvalitetssäkrade och kalibrerade.
- Tolka resultaten med stöd av manualer och, i förekommande fall, referensdata.
- Analysera och tolka resultaten i det multiprofessionella teamet.



# Steg 3. Välja, planera och genomföra insatser på individ- och arbetsplatsnivå

Baserat på vad som framkommit av kartläggning och analys är nästa steg att välja, planera och genomföra insatser som svarar mot verksamhetens behov och målsättning.

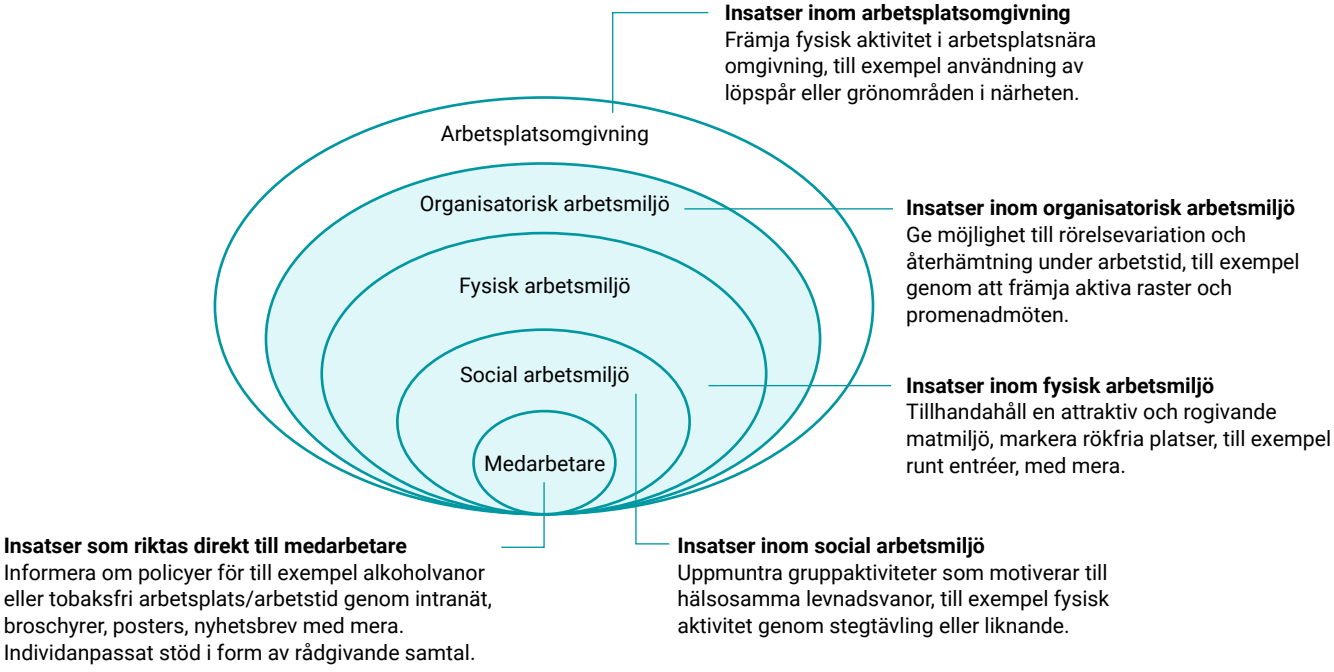
Utifrån analys och tolkning av kartläggningsresultatet presenteras vilka behov som identifierats, till exempel om andelen medarbetare som röker behöver minska eller om en friskvårdspolicy behöver tas fram. Därefter sätts mål upp, vilket kan underlättas av att använda akronymen **SMART** (**S**pecifika, **M**ätbara, **A**ccepterade, **R**ealistiska och **T**idsatta). Insatserna som sedan väljs kan vara på individ- och/eller arbetsplatsnivå och ska syfta till att nå de uppsatta målen. Välj insatser på arbetsplatsnivå som passar in i verksamheten och som det är rimligt att kunna genomföra relaterat till de resurser som finns att tillgå.

## Välja insatser för att förbättra levnadsvanor på arbetsplatsnivå

När en hälsoundersökning med ett brett arbetsplatsperspektiv tillämpas, och kartläggningen har identifierat att det finns behov och förutsättningar att främja hälsosamma levnadsvanor, väljs insatser riktade till den organisatoriska, fysiska, och/eller sociala arbetsmiljön. Eftersom medarbetares levnadsvanor är ett resultat av såväl egna motiv och val, som rådande förutsättningar i ett visst sammanhang, till exempel på arbetet, är rekommendationen att välja flera insatser riktade till olika nivåer för att de tillsammans ska ge bästa möjliga effekt (se figur 3). Insatser i arbetsmiljön når många (alla) medarbetare, och underlättar samtidigt för enskilda medarbetare som har behov av att förändra sina levnadsvanor att nå sina mål. I kommande avsnitt om respektive levnadsvana finns förslag på insatser på olika nivåer.

**Nivåerna för insatser är:**

- medarbetarnivå: insatser som riktas direkt till medarbetarna
- social arbetsmiljö: insatser som omfattar sociala sammanhang, samspel, samarbete och socialt stöd på arbetsplatsen
- fysisk arbetsmiljö: insatser som omfattar fysiska förutsättningar och utformning av arbetsplatsen
- organisatorisk arbetsmiljö: insatser som omfattar ledning och styrning, kommunikation, delaktighet, handlingsutrymme, krav, resurser och ansvar
- arbetsplatsomgivning: insatser som omfattar närområdet kring arbetsplatsen.




**Figur 3.** Olika insatsnivåer med exempel på insatser. Flera exempel finns under respektive levnadsvana.

## Välja insatser för att förbättra levnadsvanor på individnivå

I de kommande avsnitten beskrivs evidensbaserade insatser på individnivå för varje levnadsvana. Insatserna bygger på bästa tillgängliga evidens och är hämtade från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor som kommer att uppdateras under 2024, SKR:s nationella vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor, FYSS 2021 samt vetenskaplig litteratur.

Individinriktade insatser innehåller rådgivning som syftar till att stödja levnadsvaneförändringar. Rådgivning rekommenderas på två övergripande nivåer: *rådgivande samtal* och *kvalificerat rådgivande samtal*. Båda nivåerna av rådgivning utgår från en personcentrerad dialog. Oavsett rådgivningsnivå är det viktigt att rådgivaren visar respekt för individens autonomi, lyssnar

uppmärksamt samt förmedlar acceptans och visar tilltro till individens egen förmåga att förändra levnadsvanorna. Även hänsyn till individens förmåga att förstå, värdera och hantera informationen (hälsolitteracitet) behöver beaktas i rådgivningen. Nivån som rekommenderas på rådgivningen kan variera mellan de olika levnadsvanorna samt skifta beroende på hur allvarligt tillståndet är och vad evidensen visar har bäst effekt relaterat till detta. Samtalen kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, till exempel tillägg av läkemedelsbehandling eller webbaserad intervention.

I de kommande avsnitten beskrivs för varje levnadsvana vilken nivå av rådgivning som rekommenderas samt vilka ytterligare insatser som kan utgöra komplement. Nedan beskrivs övergripande de två nivåerna av rådgivning och några vanliga metodinslag som ofta ingår i dem.

### Rådgivande samtal

Rådgivande samtal är en personcentrerad dialog som är anpassad till den specifika individens ålder, hälsa och risknivå med mera. Samtalet kan inkludera motiverande strategier, till exempel motiverande samtal (MI-Motivational Interviewing), och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel eller uppföljande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl) vid ett eller flera tillfällen. Vanligtvis är ett rådgivande samtal kort men kan i vissa fall uppgå

***Motiverande samtal är en evidensbaserad samtalsmetod för rådgivare som vill hjälpa människor till förändring.***

till cirka 30 minuter.

### Kvalificerat rådgivande samtal

Kvalificerat rådgivande samtal är en stödjande dialog som innefattar personens upplevelse av levnadsvanan, och där hänsyn tas till personens egen motivation till förändring och anpassningar görs till ålder, hälsa och risknivåer med mera. Ett kvalificerat rådgivande samtal ska ha en teoretisk grund, till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT) eller motiverande samtal (MI) samt vara välstrukturerat. Samtalet kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Ett kvalificerat rådgivande samtal är tidsmässigt mer omfattande än ett rådgivande samtal, och inkluderar ofta en eller flera uppföljande kontakter (återbesök, telefonsamtal, brev eller mejl). Samtalet kan utföras av olika professioner/konsulter. Dock är det viktigt att den som ger ett kvalificerat rådgivande samtal har kompetens i den metod som ska användas samt kunskap inom aktuellt ämnesområde.

### Kognitiv beteendeterapi (KBT)

I korta drag förutsätter KBT att beteenden är inlärda och kan ändras med hjälp av kognitiva och beteendemässiga tekniker. KBT fokuserar både på externa faktorer, till exempel omgivningsstimuli, och inre faktorer, som tankar och känslor. Inom KBT kan olika evidensbaserade beteendemodifierande tekniker användas. Att sätta upp mål är lämpligt för den som är beredd att ändra sitt beteende, samt att sätta upp delmål på vägen till det övergripande målet. Det är viktigt att uppmärksamma och uppmuntra uppfyllda delmål för att höja personens självförtroende. Evidens finns också för MI, särskilt i kombination med KBT.

### Motiverande samtal (MI)

MI är också en personcentrerad och målstyrande strategi. Syftet är att underlätta beteendeförändringar genom att höja motivationen för den specifika förändringen. MI-rådgivaren stöttar personen att utforska sina egna tankar, känslor och värderingar med fokus på den specifika förändringen. Uttalanden från klienten som indikerar en positiv inställning till förändring ökar sannolikheten att en förändring kommer att ske.

Det finns flera anordnare av MI-utbildning. MINT-Nordic (organisation som arbetar för att kvalitetssäkra och utveckla MI) har utfärdat rekommendationer som säger att MI-utbildning bör bestå av teori, fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade samtal. Varken formell utbildning eller längre yrkeserfarenhet har visat sig ha samband med skicklighet i MI. Däremot har regelbunden övning visat sig resultera i förbättrade färdigheter. En utbildning på två eller tre dagar ger god teoretisk kunskap men de begynnande färdigheterna som erhålls under utbildning tycks försvinna efter några månader. För att vidmakthålla och utveckla MI-kompetens krävs återkommande träning, helst med handledning som grundar sig på observationer av den egna praktiken, exempelvis genom inspelade samtal. I svensk reguljär rådgivning har handledning en gång var tredje månad lett till att samtalen i högre grad

utförs i enlighet med förhållningssätt och tekniker i MI. Sedan många år har rådgivares MI-kompetens kvalitetssäkrats genom bedömning och återkoppling på inspelade samtal. Rådgivaren spelar in ett samtal med en klient och skickar en ljudfil för kodning till ett MI-laboratorium, och får sedan återkoppling, antingen via protokoll eller i samtal med den som kodat samtalet. Kodningen genomförs av särskilt tränade kodare som med hjälp av standardiserade manualer bedömer förhållningssätt och samtalets överensstämmelse med principerna för MI. Via Karolinska Institutet, MIQA-gruppen, finns möjlighet till både kodning och handledning som syftar till att kvalitetssäkra MI-metodiken.

**Stödmaterial**

- Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling samt kliniskt kunskapsstöd: https://www.nationelltkliniskt-kunskapsstod.se/Stockholm/kunskapsstod/levnadsvanor/
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/
- Stöd i arbetet med levnadsvanor (Socialstyrelsen): https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/
- Socialstyrelsen om motiverande samtal (MI): https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/
- MI-sticka: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/m/mi-sticka/

## Planera och genomföra insatser

När de insatser som ska genomföras är valda är det dags att noggrant planera när, var, hur och i vilken ordning de ska genomföras, samt vem eller vilka som ska genomföra dem. Det är viktigt att ha kännedom om vilken kompetens som krävs för att genomföra insatserna och att ombesörja att rätt kompetens finns tillgänglig. De personer som ska stödja genomförandet behöver identifieras, liksom vad de ska göra. I samband med att insatserna planeras behöver även utvärdering av dem förberedas (se steg 4). Kom ihåg att uppdatera projektplanen med den nytillkomna informationen.

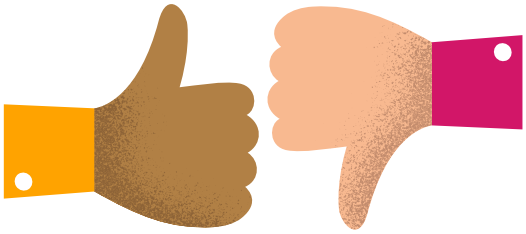
**Uppdatera och konkretisera projektplanen med:**

- detaljerad beskrivning av det som ska genomföras
- budgetering och resursbehov
- vad och vilka som ska omfattas
- vad som behöver göras inför genomförandet
- hur genomförande och uppföljning ska ske
- när genomförande och uppföljning ska ske
- vem som ansvarar och utför vad
- förberedelser för utvärdering av insatserna (steg 4).

Därefter genomförs de valda insatserna enligt den uppdaterade projektplanen. Att återkommande följa upp hur processen fortskrider och att ha en pågående kommunikation med alla som är involverade är betydelsefullt, inte minst för att i tid fånga upp vilka anpassningar och justeringar som behöver göras för att de uppsatta målen ska nås. Beteendeförändring tar tid, såväl på organisationsnivå som på grupp- och individnivå. Det är därför av vikt att insatserna genomförs och följs upp över en längre tidsperiod, minst 3–6 månader, gärna längre.

**För bästa effekt:**

- Välj insatser på flera nivåer.
- Välj insatser som är evidensbaserade.
- Integrera insatserna i redan befintliga program och policyer samt i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Anpassa insatserna till den aktuella arbetsplatsens/organisationens förhållanden och förutsättningar.
- Tillämpa en långsiktig strategi för att uppnå hållbara resultat.
- Genomför insatserna stegvis över en längre period.
- Avsätt tillräckliga resurser, inklusive personal och tid.



# Steg 4. Utvärdera processer och effekter

Utvärderingen av processer och effekter bör svara på det som är relevant för dem som ska använda resultaten att få svar på, utifrån de syften och mål som beskrivits. Betänk gärna etiska grundläggande principer inför att utvärdering planeras, såsom tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar. Vid insamling av data från medarbetare ska sekretess, tystnadsplikt, anonymisering och integritet särskilt beaktas. Vetenskapsrådet har tagit fram en sammanfattande skrift, ”God forskningssed”, som kan vara ett gott stöd för att utvärderingen ska hålla hög kvalitet. Skriften kan laddas ned från Vetenskapsrådets webbplats. Samverka gärna med forskare eller någon annan med specifik kunskap om utvärdering för att få användbara och säkra resultat.

En effektiv utvärdering innebär en systematisk och strukturerad granskning av både genomförandet (processutvärdering) och de skillnader insatserna lett till (utvärdering av effekter). Det är viktigt att definiera rollfördelningen mellan arbetsgivare och företagshälsa, när det gäller både process- och effektutvärdering.

Det är en fördel om utvärderingen beskrivs i projektplanen så att all viktig information finns samlad på ett ställe. Som tidigare nämnts planeras båda utvärdering av processer och effekter redan i steg 1 och 3, se punktlistan i steg 3.

**Frågor att reflektera över:**

- Vilka aspekter är av värde för intressenterna?
- När betraktas hälsoundersökningen som framgångsrik?
- Hur, och till vad, ska resultatet av utvärderingen användas?

## Utvärdera genomförandet av hälsoundersökningen – processutvärdering

Att utvärdera processen bidrar till en kontinuerlig förbättring genom att centrala framgångsfaktorer och brister synliggörs och kan rättas till. Därmed förbättras möjligheterna att nå goda resultat. Genom en processutvärdering undersöks och verifieras de steg och aktiviteter som vidtagits för att genomföra hälsoundersökningen. Om insatserna inte ledde till det förväntade resultatet kan en processutvärdering vara till hjälp för att urskilja om själva insatserna var felaktiga för att svara mot syftet eller om de inte genomförts på rätt sätt. En processutvärdering ger viktig information om vad som kan ha påverkat resultatet, både framgångsfaktorer och hinder.

**Några frågor som kan ställas i en processutvärdering är:**

- Var resurserna som användes (personella och materiella) för kartläggning och insatser tillräckliga? Om inte, vad saknades?
- Var rätt personer involverade, och i tillräcklig grad?
- Vad tyckte medarbetarna/verksamheten om hälsoundersökningen? Motsvarade den deras förväntningar?
- Hur stor andel av medarbetarna nåddes av efterföljande insatser? Vad finns att lära av det?
- Var det rätt insatser som genomfördes?
- Genomfördes kartläggningen och insatserna vid rätt tidpunkt?
- Pågick insatserna under tillräcklig lång tid?
- Vad kan ha påverkat effekten av insatserna (exempelvis stöd från ledningen, intresse från medarbetare, information och kommunikation, tajming och så vidare)?
- Integrerades arbetet med att främja levnadsvanor i organisationens systematiska arbetsmiljöarbete? Om inte, vad finns att lära av det?
- Vilka centrala framgångsfaktorer och brister kan tas med som erfarenheter till nästa gång?

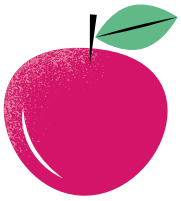
## Utvärdera insatsernas effekter

Genom att utvärdera effekterna undersöks huruvida syftet som utformades i steg 1 av arbetsmodellen (planering och förankring) har uppnåtts. Ett sätt kan vara att repetera hela eller delar av kartläggningen som gjordes i starten för att se om arbetet har lett till någon förändring. För att följa förändringar i individers levnadsvanor kan samma frågor upprepas vid ett senare tillfälle. En jämförelse mellan minst två mätningar påvisar en möjlig förändring.

**Några frågor som kan ställas inför utvärdering av effekter:**

- Vilka insatser ska utvärderas?
- När kan insatserna betraktas som framgångsrika?
- Hur ska effekten mätas?
- Vid vilka tidpunkter ska mätningar göras?
- Vilken effekt har hälsoundersökningen (kartläggning och efterföljande insatser) haft på självrapporterade levnadsvanor, fysiska tester och biomarkörer, eller på sådant som produktivitet, sjukfrånvaro, sjuknärvaro etcetera?

# Att främja hälsosamma matvanor



Det här avsnittet innehåller vägledning och rekommendationer för att främja hälsosamma matvanor på individ- och arbetsplatsnivå.

## Steg 1: Planera och förankra

Ohälsosamma matvanor är en av de största riskfaktorerna för ohälsa i Sverige. Det ökar risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och för tidig död, framför allt genom en ökad risk att drabbas av obesitas (fetma), hjärt- och kärlsjukdom, cancer, typ 2-diabetes och karies. Ohälsosamma matvanor kan även leda till undernäring, där brist på energi, protein eller andra näringsämnen orsakar mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion och av en persons sjukdomsförlopp. Hälsosamma matvanor påverkar även psykisk hälsa, inklusive prestationsförmåga, sömn och välmående. Det stödjer också orken att vara aktiv. Maten ska ge lagom mycket energi i förhållande till kropp och rörelse och samtidigt innehålla adekvat mängd av nödvändiga näringsämnen.

I planering och förankring av insatser på arbetsplatsnivå är det viktigt att i samtal med uppdragsgivaren ta reda på om det finns policyer och hälsostrategier för främjande av hälsosamma matvanor samt om medarbetarna har tillgång till trivsamma, attraktiva och välutrustade matutrymmen, personalrestaurang eller lunchförmåner. Arbetstagare ska enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om utformning av arbetsplatser kunna äta under tillfredställande förhållanden. Det ska finnas lämpliga utrymmen med bord och stolar med ryggstöd. Exempel på lämpliga utrymmen är en restaurang eller ett matrum, men kan också vara ett avskilt matutrymme i arbetslokalen. Enligt föreskrifterna ska det finnas kylskåp, möjlighet att värma maten och möjlighet att diska nära platsen där man äter medhavd mat. Matutrymmen bör även ha en rogivande och trivsam miljö med god belysning utan buller, slammer och starka lukter. Det är viktigt att arbetsplatsen har en matkultur som tillåter och uppmuntrar att äta i lugn och ro. Arbetskamraters uppmuntran och hälsosamma beteenden kan bidra till en förbättrad matkultur på arbetsplatsen som stödjer övriga medarbetares matval. Utbudet av hälsosam mat och att miljön i matrum och personalmatsalar är avkopplande gynnar kognitiv och fysisk återhämtning. Matutbudet behöver vara näringsriktigt men också attraktivt, det vill säga se trevligt ut och smaka gott. Studier visar att maträtter som marknadsförs som hälsosamma kan uppfattas som tråkiga och mindre mättande.

### Arbete utanför dagtid

Arbete utanför dagtid påverkar biologisk dygnsrytm och möjligheterna till social samvaro. Det påverkar även möjligheten att äta på bestämda tider och tillsammans med andra. Det är välkänt att skiftarbete utgör en riskfaktor för det metabola syndromet och dess följdsjukdomar. Vanliga förklaringar är störd sömn, störd dygnsrytm, sociala konsekvenser av nattarbete och socioekonomiska faktorer. Studier pekar på att skiftarbetande inte i första hand äter mat av sämre kvalitet än dagarbetande i motsvarande jobb, utan det som främst avviker är tidpunkten för ätandet. Två viktiga aspekter att beakta är hur den tidsmässiga förläggningen och varaktigheten av matraster (obetald tid) påverkar det totala matintaget, samt konsekvenser av om matraster byts ut mot måltidsuppehåll (betald arbetstid) då arbetet inte kan lämnas, till exempel för blåljuspersonal. Ätande under måltidsuppehåll sker inte alltid på förutsägbara tider, och måltiderna kan också riskera att helt utebli. Läs mer om matvanor och arbete utanför dagtid i bilaga 2.

## Steg 2: Kartlägga och analysera

### Arbetsplatsens förutsättningar att främja hälsosamma matvanor

På arbetsplatsnivå finns det inga validerade enkäter på svenska för att kartlägga de fysiska, organisatoriska och sociala förutsättningarna för hälsosamma matvanor på arbetsplatsen. Det finns däremot ett flertal validerade enkäter på engelska, se sammanställning i bilaga 1. I en amerikansk systematisk översiktsartikel finns en tabell som sammanfattar faktorer som är gemensamma i flera av instrumenten och som har visat sig vara viktiga på arbetsplatsen för att medarbetare ska ha möjlighet att äta hälsosamt. Nedan presenteras merparten av faktorerna som tas upp i tabellen i form av frågor som kan vara till hjälp för att kartlägga hur stödet för hälsosamma matvanor på arbetsplatsen ser ut, kompletterade med frågor baserade på andra vetenskapliga studier.

**Arbetsplatsomgivning:**

- Finns restauranger och mataffärer i närheten som erbjuder hälsosamma alternativ?
- Hur passar öppettiderna av restauranger och mataffärer medarbetarnas arbetstider?

**Organisatorisk arbetsmiljö:**

- Finns en skriven och förankrad policy som anger hur organisationen arbetar för en hälsosam matmiljö, till exempel genom att främst erbjuda hälsosamma alternativ under möten och i personalrestauranger eller genom att allmänt erbjuda screening och rådgivning kring matvanor?
- När arbetsplatsen anlitar cateringfirmor och liknande, prioriteras företag som erbjuder hälsosamma mat- och dryckesalternativ?
- Uppmuntrar arbetsplatsen/arbetsgivaren/ledningen medarbetare att delta i aktiviteter som omfattar hälsosamma matvanor?
- Ger matrasterna möjlighet att äta hälsosamt (flexibilitet, tid, åtkomst att köpa/välja hälsosam mat)?
- Är matrasterna tillräckligt långa för att medarbetarna ska ha tillräckligt med tid ”vid bordet”, för förflyttning, att kunna byta kläder och eventuellt köa för att värma måltider?
- Har medarbetare med måltidsuppehåll möjlighet att äta under arbetspassen?
- Arbetar personalrestaurangen/kafeterian med att placera attraktiva, näringsriktiga och klimat- och miljömässigt hållbara maträtter som förstahandsalternativ på menyn?

**Fysisk arbetsmiljö:**

- Finns frukt (till exempel fruktkorg) eller andra hälsosamma alternativ att tillgå för medarbetare under arbetstid?
- Finns hälsosamma produkter med låg socker-, salt- och fetthalt i varuautomater och kafeteria till reducerat pris?
- Finns tillgång till en attraktiv och hälsosam matmiljö i matrum, personalrestauranger, kafeterior och vid varuautomater?
- Finns tillgång till hushållsutrustning i matrum (kylskåp och mikrovågsugn, tallrikar och bestick, bord och stolar med mera)?
- Finns det tillräckligt med utrustning för att undvika köbildning?
- Finns tillgång till dricksvatten i närheten av medarbetarnas arbetsplatser?

**Medarbetarnivå:**

- Erbjuds medarbetare screening eller hälsoundersökningar som innefattar matvanor?
- Erbjuds rådgivning eller utbildning för att stimulera till hälsosamma matvanor?
- Ges information via intranät, affischer, flygblad, anslagstavlor eller dylikt som uppmuntrar till, och upplyser om, hälsosamma matvanor?

Analysen av kartläggningsresultatet blir en bra utgångspunkt för diskussion om var fokus bör läggas och vilka förutsättningarna är för att främja hälsosamma matvanor på arbetsplatsen.

**Figur 4:** En rogivande och attraktiv matmiljö med behaglig belysning, fri från störande distraktioner och med utrustning för att värma mat är ett sätt att främja hälsosamma matvanor.

## Matvanor

För att kartlägga medarbetares matvanor rekommenderas Socialstyrelsens fem indikatorfrågor om mat, se bilaga 3. Fyra av indikatorfrågorna ger ett kostindex och tar upp frekvens av intag av grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt kaffebröd, godis, chips och läsk. Utöver de fyra kostindexfrågorna ingår en femte fråga om frukostvanor. Frågan om frukostvanor ger ett grovt mått på hälsosamma matvanor generellt men ingår inte i själva kostindexet utan utvärderas separat. Socialstyrelsen understryker vikten av att riskbedömningen bygger på en sammantagen värdering av svaren på samtliga frågor och rekommenderar att särskild uppmärksamhet ges till de individer som har låga kostindexpoäng eller sällan äter frukost, och samtidigt har övervikt eller obesitas (fetma). Mer detaljerad information finns i indikatorbilagan till Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2018 som kan hämtas på Socialstyrelsens webbplats samt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling (www.kunskapsstodforradgivare). Kostindexfrågorna och frukostfrågan kommer att uppdateras under 2024-2025 och anpassas till olika kosttyper i enlighet med de nya nordiska näringsrekommendationerna från 2023 (NNR 2023).

Vid kartläggning av matvanor kan frågor ställas som belyser vid vilka tidpunkter medarbetare äter under dygnet, samt hur ofta och hur regelbundet. Även frågor om medarbetarnas egenkontroll över tidpunkt för måltider och upplevelser av stress eller avkoppling under arbetsmåltider kan inkluderas, eftersom matro möjliggör återhämtning.

**Socialstyrelsens indikatorfrågor om matvanor i korthet:**

Baserat på de fyra första frågorna (av fem) beräknas ett kostindex, se bilaga 3. Varje svarsalternativ ger 0–3 poäng. Svaren summeras till en totalpoäng mellan 0 och 12 poäng.

- Ett kostindex på 0–4 bedöms som ohälsosamma matvanor – och att det finns en stor förbättringspotential.
- Ett kostindex av 5–8 indikerar att personen inte uppnår rekommendationen för hälsosamma matvanor och en individuell bedömning bör genomföras.
- Ett kostindex på 9–12 bedöms som hälsosamma matvanor – individen följer i stort sett kostråden.
- En frukostfråga finns med (fråga 5) men poäng beräknas inte.

# Steg 3: Välja, planera och genomföra insatser

## Insatser för att främja hälsosamma matvanor på arbetsplatsnivå

Det finns evidens för att genomföra en kombination av insatser som innefattar den organisatoriska, fysiska och sociala arbetsmiljön på arbetsplatsen, samt för insatser som är skräddarsydda till arbetsplatsens medarbetare och kontext. Ett effektivt sätt att ge skräddarsydd information till medarbetare är via digitala verktyg. Det finns även evidens för att hälsosamma matvanor kan främjas av tillgång till hälsosamma val på arbetsplatsen, såsom i personalrestauranger och kafeterior samt vid automater.

### Digitala verktyg

Effektiva digitala verktyg är webbsidor, mobilappar, textmeddelanden, e-post samt telefonsamtal. Med hjälp av dessa kan personen kartlägga sina matvanor och få en individuellt anpassad återkoppling med specifika råd baserade på det egna resultatet och gällande rekommendationer. En systematisk litteraturöversikt från 2021 har visat att digitala verktyg och insatser via smarta telefoner är effektiva för att stödja förändring av matvanor. Insatser som i litteraturöversikten visade sig vara effektiva inkluderar information i kombination med en eller flera av följande komponenter: rådgivning av en kvalificerad rådgivare, monitorering av matvanor, målsättning relaterad till matvanor och skräddarsydd information baserad på prestation, till exempel måluppfyllelse eller följsamhet. Andra möjliga komponenter är stöd genom sociala medier eller diskussionsgrupper samt motiverade strategier såsom incitament och belöningar. Livsmedelsverket har utvecklat Matvanekollen snabbtest som finns på Livsmedelsverkets webbplats. Den ger ett grovt mått på hur väl användaren följer Livsmedelsverkets kostråd och tillhandahåller råd om hur matvanorna kan förbättras.

### Förslag på insatser (kombinera från olika nivåer):

**Organisatorisk arbetsmiljö:**

- Ta fram en policy som beskriver organisationens syfte och mål kring hälsosamma matvanor samt vilka strategier som ska användas för att tillgodose dem.
- Anlita endast cateringfirmor och liknande som erbjuder hälsosamma mat- och dryckesalternativ i personalrestauranger och vid automater.
- Säkerställ att medarbetare har möjlighet att äta hälsosamt (flexibilitet, tid, åtkomst att köpa/välja hälsosam mat).

**Fysisk arbetsmiljö:**

- Gör anpassningar i personalrestauranger, kafeterior och vid automater, till exempel genom att se till att det finns tillgång till attraktiva, hälsosamma och näringsriktiga maträtter och produkter.
- Se till att det finns märkning som underlättar hälsosamma val, typ nyckelhålsmärkning eller näringsinformation, till exempel matens energiinnehåll per portion.
- Erbjud lägre pris för hälsosam mat och dryck i automater, kafeterior och personalrestauranger.
- Tillhandahåll en attraktiv matmiljö som är rogivande med behaglig belysning, fri från störande distraktioner och med god logistik att köpa och värma mat.
- Se till att det finns hushållsutrustning i personalrum/personalmatsal (kylskåp och mikrovågsugn, tallrikar och bestick, bord och stolar med mera).
- Säkra tillgång till dricksvatten i närheten av medarbetarnas arbetsplatser.

**Medarbetarnivå:**

- Erbjud skräddarsydd information om hälsosamma matvanor, till exempel genom mobilappar (se ovan).
- Erbjud kvalificerat rådgivande samtal om behov finns.
- Erbjud utbildnings- och informationsinsatser och aktiviteter, som syftar till ökad kunskap, medvetenhet och färdigheter kring hälsosamma matvanor.
- Informera om hälsosamma matvanor genom affischer, broschyrer, e-post och nyhetsbrev. Dessa kan till exempel hämtas från Livsmedelsverkets, Region Stockholms (Folkhälsoguiden/Matguiden) eller Folkhälsomyndighetens webbplatser.

## Insatser för att främja hälsosamma matvanor på individnivå

Om kartläggningen av medarbetares matvanor visar att det finns behov av att förbättra matvanorna är rekommendationen att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal, läs mer om det på nästa sida. I överensstämmelse med Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling

och Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 är rekommendationen att erbjuda Livsmedelsverkets kostråd. Kostråden utgår från de nordiska näringsrekommendationerna från 2012. Kostråden kommer inom kort att uppdateras enligt de nya nordiska näringsrekommendationerna från 2023. För olika riskgrupper, till exempel personer med obesitas eller diabetes, finns specifika riktlinjer och råd, se stödmaterial på sidan 37.

### Kvalificerat rådgivande samtal för att främja hälsosamma matvanor

Den största effekten för att främja hälsosamma matvanor har kvalificerat rådgivande samtal. Samtalet bör utgå från individens behov och egna funderingar kring matvanorna. Kostråden bör anpassas till individens preferenser, förutsättningar och mål. Hänsyn bör också tas till hur arbetet och arbetsmiljön påverkar individens matvanor, som skiftarbete eller oregelbunden arbetstid. Arbetsverktyg såsom matdagbok kan användas som ett stöd för att personen ska få en överblick och utförligare bild av sina matvanor. Samtalet kan även kompletteras med exempelvis inköpslistor och veckoplanering.

## Steg 4. Utvärdering

Utvärderingen av insatserna som har genomförts bör innehålla frågeställningar som det är relevant för dem som ska använda resultaten att få svar på. En effektiv utvärdering innebär en systematisk och strukturerad granskning av både genomförandet och insatsernas effekt. Läs mer om utvärdering på sidorna 28–29.

**Allmänt stödmaterial:**

- Socialstyrelsens stöd för samtal om matvanor: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-matvanor/
- Matvanekollen: https://www.livsmedelsverket.se/quiz/matvanekollen/matvanekollen-startsida
- Handledning till matvankollen för hälso- och sjukvårdspersonal: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/handbocker-verktyg/matvanekollen-handledning-for-halso-och-sjukvard.pdf
- Livsmedelsverkets kostråd: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt
- Prata mat, rädda liv: https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden
- Referensvärden för energi och näringsämnen — En sammanfattning av de nordiska nä-ringsrekommendationerna, NNR 2023: https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer-foldrar/slutleverans_nordiska-naringsrekommendationer-2023.pdf
- Matguiden, Folkhälsoguiden, Region Stockholm: https://www.folkhalsoguiden.se/matguiden

**Stödmaterial för samtal med personer i riskgrupper:**

- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas/
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid diabetes: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/diabetes/
- Kost vid diabetes hos vuxna, Nationellt kunskapsstöd för hälso- och sjukvården: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-4-8339.pdf
- Rapport från SBU, Mat vid diabetes: https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/mat-vid-diabetes2/

# Att minska riskkonsumtion av alkohol

Det här avsnittet innehåller vägledning och rekommendationer om hur riskkonsumtion av alkohol kan minskas på individ- och arbetsplatsnivå.

## Steg 1: Planera och förankra

En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro, liksom för olyckor och arbetsrelaterade skador, vilket leder till negativa konsekvenser för såväl den enskilde medarbetaren som arbetsplatsen och samhället i stort. Att en hög och omfattande alkoholkonsumtion orsakar kostnader som är relaterade till både minskad produktivitet och förlorad arbetsförtjänst har belagts i flera studier, liksom att en persons alkoholproblem kan inverka negativt på övriga medarbetare, och att kostnaden för förlorad produktivitet är ungefär lika stor för arbetskamraterna som för den som själv hade alkoholproblem. Av epidemiologiska studier framgår att alkohol är en centralt bidragande faktor till den globala sjukdomsbördan (ohälsa, dödsfallsrisk och behandlingskostnader) och för tidig död.

Världshälsoorganisationen (WHO) anger att drygt 200 sjukdomar och skador kan vara alkoholrelaterade, till exempel cancer och blodtrycks- och matsmältningssjukdomar. I en rapport från 2019 uppskattas alkoholens samhällskostnader till mer än 100 miljarder kronor under ett år, varav cirka en tredjedel (35 miljarder) orsakas av produktionsbortfall. Det bör nämnas att risken för kroppsliga, psykologiska och sociala skador av alkohol ökar gradvis med stigande konsumtion, och ur hälsosynpunkt gäller ”ju mindre, desto bättre”.

Dessa riktlinjer omfattar kartläggningsinstrument och insatser på individ- och arbetsplatsnivå riktade till att minska riskkonsumtion av alkohol vilket är betydelsefullt för att förhindra utveckling av allvarligare alkoholproblem. För fördjupad information om åtgärder för att förebygga och hantera alkoholproblem i ett vidare perspektiv, se myndighetens riktlinjer om att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet.

### Riskkonsumtion

Riskkonsumtion kan antingen vara en hög genomsnittlig alkoholkonsumtion eller ett berusningsdrickande (även kallat intensivkonsumtion), eller både och. Riskkonsumtion innebär en klart ökad risk för hälsoproblem. Alkoholkonsumtion mäts i ”standardglas”, ett standardglas innehåller 12 gram alkohol.
I illustrationen i figur 5 visas vad som menas med ett standardglas för olika alkoholsorter.

Baserat på senare tids forskning om alkoholens skadeverkningar redan vid låga nivåer har definitionen av riskfyllt drickande uppdaterats i flera länder såsom Danmark, Australien och Frankrike, och nu även i Sverige. Mängderna för hög veckokonsumtion och berusningsdrickande är i dessa länder lika för kvinnor och män. En hög genomsnittlig veckokonsumtion har definierats till 10 standardglas eller mer per vecka och berusningsdrickande till 4 standardglas eller mer per tillfälle. Att ha en hög genomsnittlig veckokonsumtion eller att dricka sig berusad en gång per månad eller oftare är att betrakta som riskkonsumtion.

**Figur 5.** Exempel på vilken mängd alkoholhaltiga drycker som motsvarar ett standardglas (12 gram alkohol).

# Steg 2. Kartlägga och analysera

## Arbetsplatsens förutsättningar att minska riskkonsumtion av alkohol

Det finns än så länge inga validerade enkäter eller checklistor för att kartlägga arbetsplatsens förutsättningar att minska riskkonsumtion av alkohol bland medarbetarna. Däremot finns kunskap om åtgärder som har betydelse för att förebygga alkoholproblem, till exempel en skriven policy, information till alla medarbetare, utbildning av arbetsledare/chefer, erbjudande om screening och kort rådgivning till alla medarbetare, kvalitetssäkrad testning för att kontrollera nykterhet och alkolås i fordon samt mer eller mindre omfattande rehabiliteringsinsatser.

En kartläggning av organisationens förutsättningar att minska riskkonsumtion av alkohol bör klarlägga om det finns en alkoholpolicy som tar upp riskkonsumtion av alkohol och om den är känd av alla i organisationen. Kartläggningen bör också klargöra om screening och kort rådgivning erbjuds till alla medarbetare, samt om det finns möjlighet och beredskap att ge stöd till/hänvisa medarbetare som önskar hjälp att förändra sina alkoholvanor. Även huruvida information om alkoholkonsumtion och dess negativa konsekvenser ges till alla medarbetare bör efterfrågas samt om chefer får utbildning.

**Frågor att ställa om organisationens arbete för att minska riskkonsumtion av alkohol:**

- Finns det en aktuell skriven, tydlig och begriplig alkoholpolicy?
  - Känner alla på arbetsplatsen till den?
  - Anger den vilka regler och krav som organisationen har gällande alkoholkonsumtion?
  - Anger den vilket stöd medarbetare som önskar hjälp att förändra sina alkoholvanor kan få?
- Får alla medarbetare information om riskkonsumtion av alkohol och dess negativa konsekvenser?
- Får chefer utbildning?
- Erbjuds alla medarbetare screening och kort rådgivning av alkoholvanor?
- Finns det stöd/hänvisning för medarbetare som önskar hjälp att förändra sina alkoholvanor?

## Alkoholvanor

För att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion rekommenderas användning av frågeformuläret AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), antingen ensamt eller i kombination med biologiska markörer (blodprov) såsom kolhydratfattigt transferrin (CDT) och/eller fosfatidyletanol (PEth).

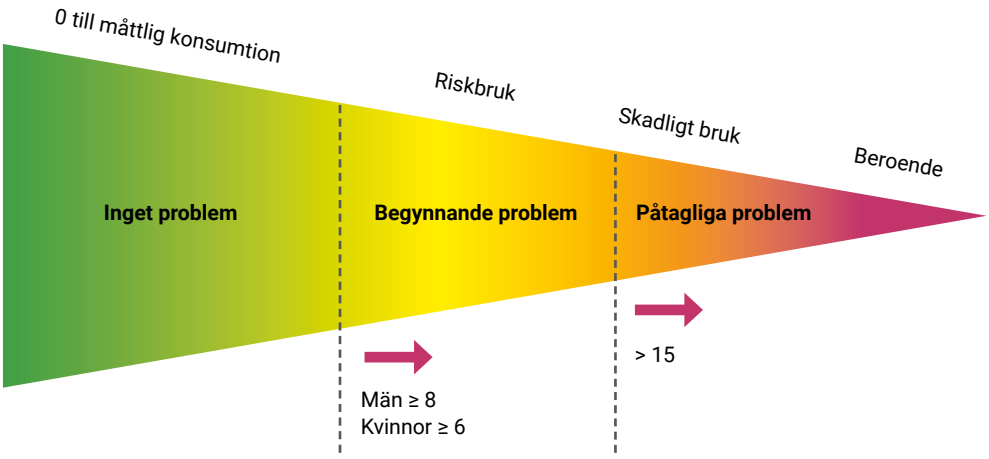
### AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

AUDIT är ett frågeformulär som är framtaget av WHO och som har testats och kvalitetssäkrats för svenska förhållanden av forskare vid Karolinska Institutet, se bilaga 4. AUDIT är inget diagnosinstrument utan ett screeningtest som syftar till att identifiera om riskabla alkoholvanor föreligger. Formuläret tar mindre än fyra minuter att fylla i, är kostnadsfritt att använda, och det finns en manual för poängberäkning.

AUDIT består av tio frågor och varje fråga kan ge 0–4 poäng (maximalt 40 poäng på hela testet).

Tolkning: Ett värde på, eller över, gränsvärdet 8 poäng (≥ 8) för män och 6 poäng (≥ 6) för kvinnor (alternativt samma gränsvärde som för män) tyder på riskkonsumtion av alkohol.

Som stöd vid återkoppling till individen av vad AUDIT-värdet visar kan ”pilen” i figur 6 användas. Genom att peka ut var i pilen personens AUDIT-värde ligger och att säga något som ”ditt AUDIT-värde ligger här, hur tänker du om det?” väcks personens självreflektion utan att rådgivaren behöver säga så mycket.




**Figur 6.** Referensvärden för AUDIT.

## AUDIT-C

AUDIT-C är en kortversion av AUDIT och består av de tre första frågorna som belyser konsumtionens frekvens och kvantitet samt förekomst av berusningsdrickande. AUDIT-C ingår ibland i olika frågeformulär om levnadsvanor. AUDIT-C är också validerat men rekommendationen är att i första hand använda hela AUDIT-formuläret. AUDIT-C är känsligare än AUDIT vilket medför en risk för fler falskt positiva resultat (det vill säga screeningresultat som tyder på att en person har en förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion trots att den inte har det).

Tolkning av AUDIT-C: Frågorna 1–3 kan ge 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng. Svaren summeras till en totalpoäng mellan 0–12 poäng. Om personen har 5 poäng eller mer (man), respektive 4 poäng eller mer (kvinna) indikerar det på riskkonsumtion av alkohol.

**Stödmaterial för användning av AUDIT:**

- AUDIT-formulär (även olika språk): https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-formular/
- E-utbildning om AUDIT: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/
- Referensvärden för AUDIT i figur 6: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/ (se under ”För dig som jobbar inom företagshälsovården”).

## CDT och PEth

Det finns två alkoholmarkörer, fosfatidyletanol (PEth) och kolhydratfattigt transferrin (CDT) som används för att påvisa hög alkoholkonsumtion. Båda mäts i blodprov, PEth i helblod och CDT i serum, och har god specificitet.

Mätvärdet för PEth beror huvudsakligen på alkoholdosen (hur mycket och hur ofta) men med individuell variation. PEth-bildningen kräver närvaro av etanol, och förekomst av PEth är därmed en mycket alkoholspecifik indikator. PEth är känsligare än CDT och, till skillnad från CDT, kan även ett enstaka större alkoholintag (exempelvis högt helgintag) ge ett positivt utfall. Vid alkoholfrihet sjunker PEth-värdet med en halveringstid på i genomsnitt 6 dygn, men även där är det stor individuell variation. Kliniska studier har visat att det krävs en regelbunden alkoholkonsumtion i storleksordningen minst ett par standardglas om dagen i genomsnitt för att få ett PEth-värde över gränsvärdet 0,30 µmol/L.

CDT anger en förändring i transferrinets glykosyleringsmönster vilket är en relativt alkoholspecifik effekt. Det finns alltid lite CDT i blodet men för att få ett förhöjt mätvärde krävs en regelbunden hög alkoholkonsumtion, vanligen motsvarande nästan en flaska vin eller 3–4 starköl per dag (50–80 gram etanol) i genomsnitt under minst 1–2 veckors tid. Vid alkoholfrihet sjunker CDT-värdet med en halveringstid på ungefär 10 dygn varför det kan ta flera veckor upp till längre än en månad innan ett högt CDT-värde återgår till normal nivå. Olika individer reagerar dock med olika CDT-nivåer trots ett lika stort alkoholintag.

# Steg 3: Välja, planera, och genomföra insatser

## Insatser på arbetsplatsnivå för att minska riskkonsumtion av alkohol

Det finns få studier som har utvärderat insatser inom den organisatoriska, fysiska och sociala arbetsmiljön för att minska riskkonsumtion av alkohol. Forskning har dock visat stöd för en tydlig alkoholpolicy, att alla medarbetare får information och att chefer får utbildning samt att alla medarbetare erbjuds screening och kort rådgivning.

### Alkoholpolicy

En viktig insats inom den organisatoriska arbetsmiljön är att ta fram en alkoholpolicy, eller om det behövs, uppdatera den befintliga. En alkoholpolicy som tar upp riskkonsumtion av alkohol uttrycker hur arbetsplatsen ser på frågan och hur organisationen förebygger och hanterar riskfyllda alkoholvanor. Det är viktigt att alla på arbetsplatsen känner till alkoholpolicyn och dess innehåll samt att den är lättillgänglig för både chefer och medarbetare. Mer information om alkoholpolicy finns i myndighetens riktlinjer om att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet.

**Figur 7.** En skriftlig, tydlig och begriplig policy som är framtagen i samförstånd mellan arbetstagare och arbetsgivare bidrar positivt till arbetsplatsens praxis och kultur.

### Information till alla medarbetare

Information om alkoholens risker och negativa konsekvenser för såväl hälsan, som arbetsprestationen och säkerheten på arbetsplatsen bör ingå. Även kännedom om vilket stöd arbetsplatsen kan erbjuda är av värde samt var kunskap och stöd finns att tillgå.

### Utbildning av chefer

Att tydliggöra chefers roll och befogenheter när det gäller arbetsmiljöansvaret för att förhindra psykisk och fysisk ohälsa hos medarbetarna är viktigt liksom att ge information om evidensbaserade insatser för att minska riskkonsumtion. Fortfarande är det ett vanligt missförstånd att det går att se ”tidiga signaler” på att en person dricker för mycket. En viktig kunskap för chefer att ha med sig är därför att riskkonsumtion av alkohol sällan syns och att evidensbaserade insatser, som screening och kort rådgivning är de insatser som kan göra skillnad. De klassiska synliga kännetecknen som ofta framhävs är exempelvis korttidsfrånvaro, sen ankomst, sjunkande intresse för arbetet, förändring av arbetsprestationen, dålig ekonomi, humörsvängningar etcetera. Dessa tecken skulle kunna vara signaler på en hög alkoholkonsumtion eller ett begynnande alkoholproblem men kan lika gärna handla om något helt annat, till exempel problem i familjen, andra hälsoproblem, ekonomiska problem, otrivsel på arbetet och så vidare. Självklart ska dessa ”signaler” uppmärksammas och tas på allvar men de är varken särskilt tidiga eller signifikanta för alkohol.

### Erbjudande om screening och kort rådgivning

I syfte att främja och förbättra medarbetares hälsa är rekommendationen att erbjuda screening och kort rådgivning till alla på arbetsplatsen (se steg 3, insatser på individnivå). För att medarbetare ska anta ett erbjudande om screening och kort rådgivning i förebyggande syfte är det viktigt att de känner sig trygga i att deras deltagande stannar hos rådgivaren och att medverkan inte kommer att leda till några negativa konsekvenser.

## Insatser för att minska riskkonsumtion på individnivå

I överensstämmelse med Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor och Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 samt internationella och nationella studier rekommenderas att medarbetare med riskkonsumtion erbjuds rådgivande samtal för att stödja en konsumtionsminskning. Verktyg och hjälpmedel som kan komplettera rådgivningssamtalen är till exempel att personen för alkoholdagbok, monitorering av konsumtionsförändringar med biologiska markörer eller biblioterapi (att läsa sig till fördjupad kunskap som väcker reflektion och insikter om den egna konsumtionen).

Ibland har en persons alkoholkonsumtion samband med andra hälsoproblem, som stress eller psykisk ohälsa. Det kan därför vara motiverat att även göra en bedömning av individens psykiska hälsa. Mer om metodik för att utreda och bedöma psykisk hälsa finns beskrivna i myndighetens riktlinjer om psykisk hälsa och ohälsa.

I första hand rekommenderas rådgivande samtal som stöd att minska alkoholkonsumtionen. Om rådgivande samtal inte leder till önskad minskning, rekommenderas kvalificerad rådgivning.

För att ge struktur till ett rådgivande samtal, oavsett typ, kan de rekommendationer som samlas under akronymen FRAMES användas.

**FRAMES-modellen vid rådgivande samtal**

**FEEDBACK:** Ge personlig återkoppling på risknivå utifrån screeningsresultatet.

**RESPONSIBILITY:** Betona att personen själv ansvarar för beslut om, och i så fall hur, förändring ska ske.

**ADVICE:** Erbjud råd och information för ökad självreflektion i syfte att lyckas med avsedd förändring.

**MENU:** Erbjud ett smörgåsbord av alternativa strategier för att lyckas med avsedd förändring.

**EMPATHY:** Försök att genomgående ha ett empatiskt, förstående och reflekterande förhållningssätt.

**SELF-EFFICACY:** Uppmuntra och stärk personens tilltro till den egna förmågan att genomföra förändringen.

*Fritt översatt från Bien et al. (1993).*

## Rådgivande samtal för att minska alkoholkonsumtion

Screening med frågeformuläret AUDIT och/eller provtagning med CDT/PEth samt efterföljande rådgivande samtal har visat sig effektivt. Vanligtvis består rådgivningen av en enstaka eller ett fåtal korta sessioner som fokuserar på alkoholvanorna, dess risker samt hur medarbetaren tänker om dem. Missuppfattningarna och myterna kring alkohol är både många och vanliga så om personen önskar information, ta reda på vad personen redan känner till och ge sedan kompletterande information om hur alkoholkonsumtionen kan påverka hälsan och de kognitiva funktionerna.

## Kvalificerat rådgivande samtal för att minska alkoholkonsumtion

Kvalificerat rådgivande samtal rekommenderas när rådgivande samtal inte räcker för att personen ska nå sina mål att minska alkoholkonsumtionen. För primärvården och företagshälsan har 15-metoden utvecklats. 15-metoden omfattar tre steg som inkluderar olika verktyg och metoder. Ibland räcker det med ett eller två steg, och ibland behövs alla tre stegen. De tre stegen är:

1. screening och kort rådgivning
2. fördjupad bedömning med återkoppling
3. strukturerad samtalsbehandling och/eller läkemedelsbehandling.

### Alkoholdagbok

Ett instrument som kan användas vid rådgivning är någon form av alkoholdagbok. Time line follow back, TLFB, är en inventering av alkoholvanorna där personen fyller i sin alkoholkonsumtion för en given period bakåt i tiden, exempelvis de senaste 14 dagarna. Inventeringen hjälper till att göra personen medveten om sitt dryckesbeteende och kan vara ett gott stöd för att synliggöra mönster och vanor. Motsvarande teknik kan användas för att följa konsumtionsutvecklingen framåt i tiden och utgöra underlag för att uppmuntra framsteg eller få insikt i vari eventuella svårigheter ligger.

### Biologiska markörer

Som komplement till rådgivningen kan monitorering av alkoholkonsumtionen med biologiska markörer erbjudas. Att få ett objektivt utfall på sina ansträngningar, i form av provsvar, kan stimulera motivationen att arbeta vidare med att minska alkoholkonsumtionen. Proverna som rekommenderas är i första hand desamma som rekommenderas vid kartläggningen, CDT (kolhydratfattigt transferrin) och/eller PEth (fosfatidyletanol), se sida 41.

### Digitala interventioner

Digitala interventioner genomförs på en dator, läsplatta eller smart telefon och sker oftast via internet. Att använda digitalt stöd eller behandling för personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion har visat sig ha flera fördelar. Det ökar tillgängligheten, både avseende tid och plats, och insatserna kan genomföras mer anonymt vilket sänker tröskeln till att efterfråga hjälp. Innehållet i digitala interventioner motsvarar ofta det som används vid screening och kort rådgivning, monitorering eller psykosocial behandling. Det kan handla om digitala formulär eller en alkoholkalender med automatisk individuellt anpassad återkoppling, program med olika illustrationer och interaktiva funktioner eller digitala forum där användare kan stötta varandra. Digitala program som inkluderar stöd av en rådgivare verkar ha något större effekt än program som används som självhjälp eller egenvård.

Interventionsstudier angående stöd via just smarta telefoner (textmeddelanden eller appar) har hittills inte visat sig leda till minskad alkoholkonsumtion. Tyvärr har de flesta appar som i skrivande stund är tillgängliga via appbutiker bristfälligt vetenskapligt stöd.

**Stödmaterial:**

Riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet: https://mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-alkoholproblem-pa-arbetsplatsen/

Manual, verktyg och instrument för att genomföra 15-metoden och ge stöd för kontrollerat drickande: https://www.foretagshalsor.se/sv/material-till-15-metoden-och-kontrollerat-drickande och på https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/

Stöd för samtal om alkohol: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-alkohol/

**Informationskällor och stöd att hänvisa medarbetare till:**

Alkoholhjälpen och Alkohollinjen, stöd och forum via internet samt rådgivning via telefon (https://alkoholhjalpen.se/)

Alkoholprofilen, för den som vill testa sina vanor (https://www.alkoholprofilen.se/)

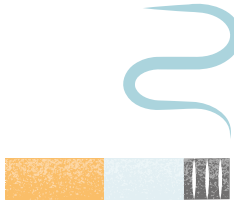
Alkoholsnacket, för den som oroar sig för någon annans drickande (http://www.alkoholsnacket.se/)

Systembolagets information om alkohol och hälsa: https://www.omsystembolaget.se/folkhalsa/kropp-och-halsa/halsa/alkohol--halsa/

## Steg 4. Utvärdering

Utvärderingen av insatserna som har genomförts bör innehålla frågeställningar som det är relevant för dem som ska använda resultaten att få svar på. En effektiv utvärdering innebär en systematisk och strukturerad granskning av både genomförandet och insatsernas effekt. Läs mer om utvärdering på sidorna 28–29.

# Att främja en tobaks- och nikotinfri arbetsmiljö



Det här avsnittet innehåller vägledning och rekommendationer om hur en tobaks- och nikotinfri arbetsmiljö kan främjas och hur tobaksstopp kan stödjas på individnivå.

## Steg 1: Planera och förankra

Tobaksrökning är en av de allvarligaste riskfaktorerna för sjukdom och för tidig död. All rökning, även tillfällig rökning och i små mängder, är förenad med hälsorisker. Risken ökar med antalet cigaretter och hur länge man har rökt. Att sluta röka innebär alltid stora vinster, både för hälsan och ekonomiskt. Det är aldrig för sent att sluta röka. Kroppen börjar återhämta sig nästan omedelbart efter ett rökstopp.

Det finns rena nikotinprodukter, till exempel elektroniska cigaretter (e-cigaretter) och nikotinsnus (vitt snus). Varken e-cigaretter eller nikotinsnus är godkända eller rekommenderade som rökavvänjningsprodukter i Sverige. Nikotin kan på kort sikt försämra blodkärlens funktioner och höja puls och blodtryck, effekter som i förlängningen kan bidra till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Användning av e-cigaretter kan i linje med hälsoriskerna med nikotin på kort sikt rubba hjärtrytmen, försämra blodkärlens funktioner och höja pulsen och blodtrycket, vilket också kan öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Kunskapen om hur e-cigaretter påverkar hälsan på lång sikt är i dagsläget begränsat.

Trots att det saknas kunskap om nikotinsnusets hälsorisker kan man utgå från kunskapen om hälsorisker med nikotin för att bedöma risker med nikotinsnus. Snusning kan på kort sikt leda till ökad puls, förhöjt blodtryck och stresspåslag. På lång sikt har snusning i olika studier visats öka risken för typ 2-diabetes. Kvinnor som snusar under graviditeten kan få problem, till exempel kan nikotin ackumuleras i fostervattnet så att fostret får en högre exponering än mamman. Snusning under graviditet är förknippat med lägre födelsevikt hos barnet, en ökad risk för missfall samt en tredubblad risk för plötslig spädbarnsdöd. Nikotin kan också föras över till barnet via bröstmjölken. Forskningen om snusets effekter på hälsan är dock ofullständig jämfört med forskningen angående rökning.

Vid planering och förankring av insatser på arbetsplatsnivå är det viktigt att i samtal med uppdragsgivare få en bild av hela organisationen. Till exempel vilken verksamhet som bedrivs, hur arbetsgrupperna ser ut exempelvis kön och ålder, samt vilken typ av arbete som genomförs såsom kontorsarbete, manuell hantering, distansarbete och så vidare. Det är även bra att tidigt fastställa vad som redan finns på plats, till exempel policyer för tobaks- och nikotinfri arbetsmiljö samt om medarbetarna erbjuds tobaksavvänjning.

# Steg 2: Kartlägga och analysera

## Arbetsplatsens förutsättningar att främja en tobaks- och nikotinfri arbetsmiljö

En del i det tobaks- och nikotinförebyggande arbetet är att skapa rökfria miljöer. Det finns en lag om tobak och liknande produkter, Tobakslagen (SFS nr: 1993:581), som bland annat innehåller regler om rökfri arbetsmiljö för att skydda arbetstagare för exponering av hälsovådlig och besvärande tobaksrök (eller andra utsläpp från tobaksliknande produkter) på arbetsplatsen. Det finns även andra nikotinprodukter, såsom snus och e-cigaretter, som också har en negativ inverkan på hälsan. Minskat tobaksbruk är därför ett av de övergripande målen för folkhälsan, och satsningar har genomförts för att minska tobakskonsumtionen. Allt fler arbetsplatser väljer att ha ett totalt förbud av alla typer av tobaksprodukter, även snus. För att underlätta för medarbetarna att följa bestämmelserna och inte bruka tobak under arbetstid/på arbetsplatsen är det klokt att som arbetsgivare erbjuda stöd för att sluta använda tobak eller andra nikotinprodukter.

Folkhälsomyndigheten (dåvarande Statens folkhälsoinstitut) har i samverkan med Sveriges kommuner och regioner och Stockholm Stad tidigare utvecklat olika enkäter i syfte att ge information om bland annat tobaksbrukets omfattning, attityder till rökfri/tobaksfri arbetsmiljö/arbetstid och det aktuella behovet av hjälp och stöd med tobaksavvänjning. Enkäterna togs fram som ett arbetsmaterial till skriften ”Tobaksfritt arbetsliv” som visserligen har några år på nacken men innehållet är fortfarande aktuellt och materialet finns att ladda ner på Psykologer mot tobaks webbplats.

En tolkning av vad såväl senare översiktsartiklar som de ovan nämnda enkäterna framhåller är viktigt presenteras nedan i form av frågor som kan vara till hjälp för att reflektera över hur stödet för en rökfri arbetsmiljö och rökstopp ser ut på arbetsplatsen. Resultatet kan användas för att diskutera hur arbetsplatsens nuvarande policy och arbetsmiljö behöver anpassas och som underlag för planering av efterföljande insatser.

**Frågor att ställa om organisationens arbete för en rökfri/tobaksfri arbetsmiljö samt om den stödjer medarbetare att sluta röka:**

- Finns en skriven tydlig och begriplig policy som omfattar tobaksfri/snusfri arbetstid/arbetsmiljö och arbetsplatsomgivning?
- Om det finns en policy, har alla medarbetare fått information om den?
- Hur tar medarbetare emot policyn?
- Efterlevs policyn om tobaksfri/snusfri arbetstid, till exempel genom att rökning endast sker på särskilda platser?
- Har en kartläggning genomförts om medarbetare besväras av tobaksrök/e-cigarettrök på arbetstid, och om ja, var utsätts de för rök?

- Inkluderar hälsoundersökningar screening och kort rådgivning av tobaksvanor?
- Finns stöd/hänvisning för medarbetare som önskar hjälp med rökstopp/ tobaksstop?
- Är rökning tillåten i direkt anslutning till arbetsplatsen, till exempel utanför entréer?
- Har ”rökfri arbetstid” införts som innebär att det inte är tillåtet att röka under arbetstid?
- Är arbetsplatsen tobaksfri?

## Tobaksvanor

Enligt regeringens strategi för alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar, den så kallade ANDTS-strategin, är målet att minska allt tobaksbruk, även bruk av snus och e-cigaretter. Brunt snus är en tobaksprodukt och medför en ökad risk för sjukdom och dödlighet. E-cigaretter kan också innehålla skadliga ämnen och innehåller oftast nikotin. Även om nivån av cancerframkallande ämnen är lägre, ses liknande negativa effekter på hjärta och kärl som vid konventionell tobaksrökning.

### Indikatorfrågor

Tobaksvanor kan kartläggas med Socialstyrelsens tobaksindikatorfrågor, se bilaga 5. Frågorna är standardiserade och bygger på frågor som rekommenderats av Folkhälsomyndigheten. Enligt Socialstyrelsen definieras rökning som daglig rökning och mäts i antal cigaretter per dag. Med daglig rökning menas rökning dagligen, oavsett antal cigaretter. Antalet cigaretter som ska anges i svarsalternativen för dagligrökare motiveras av riskökningen vid ökad cigarettkonsumtion. Snuskonsumtionen mäts i snusdosor per vecka. De som har varit rök- eller snusfria i mer än 6 månader räknas som stabilt tobaksfria med mindre risk för återfall. Flera studier har visat att självrapporterad tobakskonsumtion har en god överensstämmelse med den konsumtion som kan mätas med biologiska markörer. Socialstyrelsen rekommenderar att frågan om att aldrig ha rökt eller snusat kommer först i enkäten för att markera att det är det alternativ som värderas högst.

### Spirometri

En spirometriundersökning kan användas i arbetet med rökavvänjning och motivera till rökstopp. Resultatet av en spirometriundersökning kan även användas för att upptäcka kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Enligt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor kan det vara motivationshöjande att diskutera spirometriresultatet utifrån Fletchers kurva, eller att diskutera lungålder istället för normalvärde (det vill säga vid vilken ålder personens aktuella värde är förväntat). Även CO-mätningar kan användas som diskussionsunderlag, och efter rökstopp fungera som en värdefull återkoppling.

# Steg 3: Välja, planera och genomföra insatser

## Insatser på arbetsplatsnivå

Om kartläggning och analys har visat att det behövs insatser för att främja en tobaksfri arbetsplats och/eller stödja tobaksstopp bland medarbetare, bör organisationen sätta SMART:a mål utifrån resultatet. Därefter väljs de insatser som uppfyller det identifierade behovet och som går att genomföra på/i just den arbetsplatsen/organisationen. Arbetsplatsen är en unik arena för att genomföra tobaksinterventioner som dels kan stödja enskilda medarbetare, eller grupper av medarbetare, att sluta röka eller snusa genom att erbjuda avvänjning, dels kan minska passiv rökning genom att ta fram en policy om att ha en rökfri arbetsplats och att markera rökfria platser. Internationell forskning om tobaksprevention omfattar främst rökning och visar att en kombination av insatser som genomförs på flera nivåer, vanligtvis under minst tre månader, ökar sannolikheten för att rökstopp ska lyckas. Evidensen är starkast för att rökavvänjning (individuellt eller i grupp), med eller utan läkemedelsbehandling, har god effekt. Dessutom finns det evidens för att en kombination av rådgivning och insatser som ges via webben och smarta telefoner kan minska tiden till tobaksstopp.

## Förslag på insatser (kombinera från olika nivåer):

**Organisatorisk arbetsmiljö:**

- Ta fram en policy för tobaks- och snusfri arbetsplats/arbetstid (se mer om policy nedan).
- Inför tobaks- och snusfri arbetsplats/arbetstid.

**Fysisk arbetsmiljö:**

- Markera rökplatser utomhus.
- Markera rökfria platser, till exempel runt entréer.

**Medarbetarnivå:**

- Informera om policy för tobaksfri och snusfri arbetsplats/arbetstid genom intranät, broschyrer, affischer, nyhetsbrev med mera.
- Erbjud tobaksavvänjning (individuellt eller i grupp).
- Erbjud läkemedelsbehandling vid behov.
- Erbjud att arbetsplatsen bekostar rökavvänjning och receptfria/receptbelagda rökavvänjningsläkemedel.
- Sprid självhjälpsmaterial och information om stöd till självhjälp som finns tillgängligt via webbsidor och telefon, se förslag på sida 54.

## Policy, tobaksfri arbetsplats

Det finns evidens för att tobaksfri arbetstid effektivt minskar tobaksbruk under arbetsdagen. För att skapa en tobaksfri arbetsmiljö och arbetstid krävs en välkänd

tobakspolicy samt en god framförhållning, förankring och uppföljning av införandet av policyn. När genomförandet av tobaksfri arbetstid diskuteras är det viktigt att komma ihåg att rök- eller snusstopp är ett personligt beslut hos individen, och att arbetsgivaren kan bidra till att möjliggöra och underlätta ett tobaksfritt liv. För att nå acceptans bland medarbetarna för tobaksfri arbetstid behöver beslutet förankras i god tid. Det bör finnas förståelse för oro för att inte kunna leva upp till bestämmelserna, samt för att negativa diskussioner om beslutet kan uppstå och att upplevelser av att den personliga friheten inskränks kan uttryckas. Avsätt tid för diskussioner under till exempel arbetsplatsträffar för frågor om den tobaksfria arbetstiden och hur de nya bestämmelserna ska hanteras på arbetsplatsen.

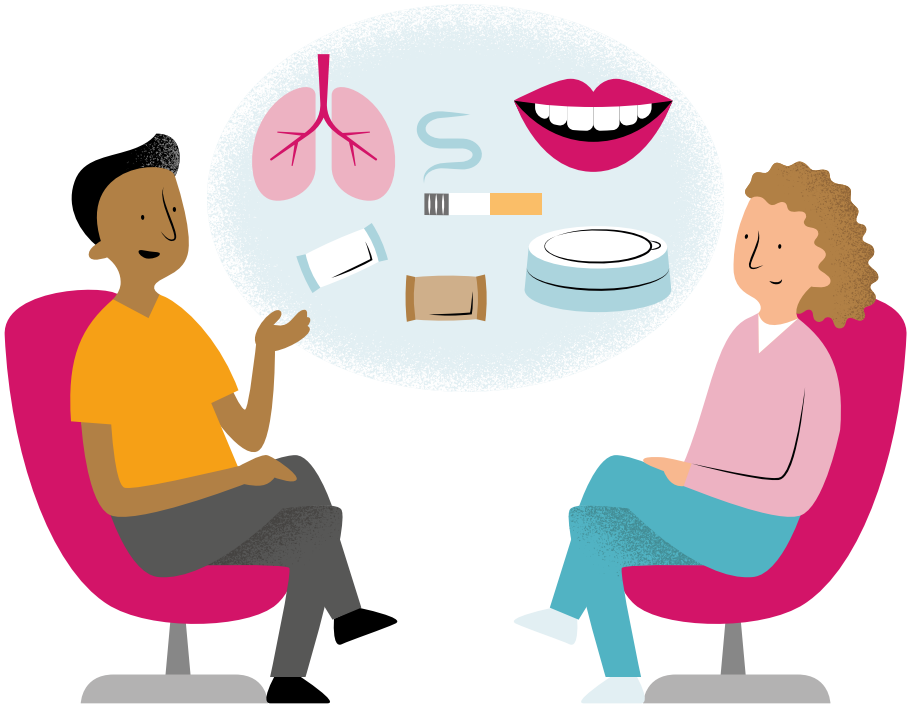
**En policy om tobaksfri arbetsplats kan omfatta:**

- en formulering om att policyn gäller alla medarbetare, inklusive tillfälligt anställda, förtroendevalda och upphandlad verksamhet
- regler om att inomhusmiljön ska vara rökfri, det vill säga att både medarbetare och besökare enbart får röka utomhus
- att medarbetare ska vara rökfria, helst tobaksfri, på arbetstid
- regler om snusning
- att det finns väl markerade rökplatser utomhus och rökfria zoner runt entréer, balkonger och andra platser där många människor vistas, samt kring luftintag
- att tobaksvaror inte får säljas i verksamhetens lokaler
- att medarbetare ska erbjudas tobaksavvänjning
- att policyn ska nämnas i platsannonser
- att policyn ska diskuteras på arbetsplatsträffar och i samverkansgrupper
- att tobaksfrågan ska tas upp i medarbetar- och utvecklingssamtal, tillsammans med andra hälsofrågor
- att policyn följs upp regelbundet och vem som har ansvar för att det görs.

*Källa: Tobaksfritt arbetsliv. Idéskrift för arbetsgivare (Statens folkhälsoinstitut, 2010).*

## Individuellt stöd att sluta röka

Om kartläggning och analys har visat att det finns ett behov av att ge individuellt stöd till medarbetare rekommenderas insatser på individnivå. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor, finns starkast evidens för kvalificerat rådgivande samtal för att stödja vuxna att sluta röka. Det finns även stöd för rådgivande samtal samt kvalificerat rådgivande samtal i kombination med nikotinläkemedel och/eller tillägg av läkemedel för rökavvänjning (vareniklin, bupropion). Kvalificerad rådgivning kan ges individuellt eller i grupp och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, exempelvis läkemedel.



**Figur 8.** Det finns stark evidens för kvalificerat rådgivande samtal som metod för att stödja vuxna att sluta röka.

## Kvalificerat rådgivande samtal inriktat på rökning

I Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor beskrivs att kvalificerat rådgivande samtal om tobak består av 3 olika faser, förberedelse, aktivt stopp och uppföljning, samt uppföljning efter 1, 3, 6 och 12 månader.

- **I förberedelsefasen** kartläggs beroende och motivation samt skälen till tobaksstopp. Beteendeförändringen påbörjas och strategier för att hantera sug och abstinens gås igenom.
- **Stoppfasen** syftar till att stötta, bekräfta framsteg, hantera svårigheter och att klargöra hur individen kan gå vidare.
- **I vidmakthållandefasen** behålls kontakten fram tills tobaksfriheten är stabil. Vid behov kartläggs svåra situationer och strategier för att behålla motivationen diskuteras. Skriftligt material och rådgivning om läkemedel kan ingå.

Kvalificerat rådgivande samtal kan ges via fysiska möten eller via telefon. Telefonrådgivning ges av en person som är särskilt utbildad i att ge råd per telefon.

## Läkemedelsbehandling

Forskning visar att en kombination av kvalificerat rådgivande samtal/ rådgivande samtal och farmakologisk behandling ökar chansen att lyckas sluta röka. Förstahandsvalet är nikotinläkemedel för att minska abstinensbesvär. Nikotinläkemedel finns i olika beredningsformer som sugtabletter, tuggummi eller plåster, och kan vid behov kombineras med andra läkemedel.

Om nikotinläkemedel inte hjälper kan vareniklin (Champix) eller bupropion (Zyban) användas. Vareniklin eller bupropion kan underlätta rökstoppet genom att göra det mindre besvärligt, samtidigt finns risk för biverkningar. Innan något av de receptbelagda läkemedlen förskrivs ska en läkare bedöma individens avsikt och motivation, hur sannolikt det är att personen kommer att följa behandlingen, och förstås om det finns medicinska hinder att förskriva läkemedlen. Individens preferenser gällande föreslagna insatser ska vägas in, eftersom tidigare försök att sluta (och hur) kan ha betydelse för vilken typ av behandlingsstöd som kan bli aktuellt i det enskilda fallet.

För en beskrivning av godkända läkemedel för rökavvänjning hänvisas till Läkemedelsverkets webbplats. För en detaljerad beskrivning av läkemedelsdosering hänvisas till FASS.

### Digitala verktyg

Forskning visar att en kombination av rådgivning och digitala insatser som ges via webben och smarta telefoner kan minska tiden till tobaksstopp. Dock finns det ingen evidens för att insatser som endast ges via webben och smarta telefoner är effektiva.

### Tobaksavvänjning på recept (TOR)

Tobaksavvänjning på recept är en behandlingsmetod som består av rådgivning om tobak i minst tio minuter, ett individanpassat ”recept” på behandling för att sluta använda tobak samt uppföljning vid minst ett tillfälle. För den som vill lära sig mer om TOR finns olika korta filmer tillgängliga på Akademiskt Primärvårdcentrums webbplats.

### Ekonomiska incitament

Internationell forskning har visat att det finns evidens för att ekonomiska incitament kan främja rökavvänjning. Effekten verkar bibehållas även efter incitamentet har tagits bort.

## Stöd att sluta snusa

Det finns evidens för åtgärder som ger måttlig till stor effekt hos vuxna som snusar dagligen. Dessa insatser är rådgivande samtal, rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för snusavvänjning (vareniklin) samt munhåleundersökning med rådgivande samtal.

**Stödmaterial:**

- Stöd för samtal om tobak: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-tobak/
- Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar. Återredovisning av regeringsuppdrag: https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/k/kunskap-om-tobaks--och-nikotinprodukters-skadeverkningar--aterredovisning-av-regeringsuppdrag/
- Rökfri arbetsmiljö. Regeln om rökfri arbetsmiljö: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/tillsynsvagledning/tobak-och-liknande-produkter/rokfria-miljoer/rokfri-arbetsmiljo/
- Vuxnas bruk av tobaks- och nikotinprodukter: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/anvandning-av-tobaks-och-nikotinprodukter/vuxnas-bruk-av-tobaks--och-nikotinprodukter/
- Tobaksfakta, webbsida om rökning, snus, hälsa, tobaksprevention och tobakspolitik med fakta, material med mera: https://tobaksfakta.se/
- Psykologer mot tobaks webbplats (här finns även skriften Tobaksfritt arbetsliv: Idéskrift för arbetsgivare): https://www.psykologermottobak.org/
- Broschyren Enkla råd om att sluta med tobak: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/levnadvanor-enkla-rad-om-att-sluta-med-tobak-folder.pdf
- Tobaksavvänjning på recept, TOR: https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/om-oss/projektkatalog/tor-tobaksavvanjning-pa-recept-ar-en-behandlingsmetod/

**Informationskällor och stöd att hänvisa medarbetare till:**

- Sluta röka-linjen 020-84 00 00: https://www.slutarokalinjen.se/
- Faktablad, Sluta röka, för dig som vill bli rökfri: https://www.slutarokalinjen.se/globalassets/verksamheter/sluta-roka-linjen/material/sluta-roka-for-dig-som-vill-bli-rokfri.pdf
- Faktablad, Blir fri från cigaretter och snus: https://www.psykologermottobak.org/
- Tobakshjälpen – Vägledd behandling via nätet:
  - Tobakshjälpen kan användas av alla medborgare i Sverige. Kontakt tas med vårdcentral för att få tillgång till programmet.
  - Exempel på information om Tobakshjälpen på 1177 för region Jönköpings medborgare: https://www.1177.se/Jonkopings-lan/om-1177/nar-du-loggar-in-pa-1177.se/det-har-kan-du-gora-nar-du-loggat-in/stod-och-behandling-pa-natet/tobakshjalpen---vagledd-behandling-via-internet/

## Steg 4. Utvärdering

Utvärderingen av insatserna som har genomförts bör innehålla frågeställningar som det är relevant för dem som ska använda resultaten att få svar på. En effektiv utvärdering innebär en systematisk och strukturerad granskning av både genomförandet och insatsernas effekt. Läs mer om utvärdering på sidorna 28–29.

# Att främja fysisk aktivitet och begränsa stillasittande

Det här avsnittet innehåller vägledning och rekommendationer om hur fysisk aktivitet kan främjas och stillasittande kan begränsas på individ- och arbetsplatsnivå.

## Steg 1: Planera och förankra

Fysisk aktivitet är en av de viktigaste faktorerna för hälsa och välbefinnande och ger dessutom mer ork för en aktiv fritid, familj och arbete. Ett enstaka pass av fysisk aktivitet på minst måttlig intensitet ger omedelbara effekter som sänkt blodtryck och blodsocker, minskad oro samt förbättrad sömn och kognitiv funktion. Regelbunden fysisk aktivitet förbättrar sömn, hälsorelaterad livskvalitet, kondition och styrka (som bland annat ökar förmågan att klara av vardagsaktiviteter) samt kognitiv funktion, framför allt för individer från 50 år och uppåt. Regelbunden fysisk aktivitet kan även minska risken för högt blodtryck, stroke, hjärtkärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt/fetma, demens, depression, flera former av cancer och för tidig död. Ny forskning visar att även fysisk aktivitet på låg intensitet (vardagsrörelser) och i en lägre dos än den rekommenderade veckdosen kan ge hälsovinster. Budskapet i FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) är att för de flesta innebär det hälsovinster att röra sig mer och sitta mindre, att all rörelse räknas, samt att lite fysisk aktivitet är bättre än ingen och att mer är bättre än lite.

I arbetet påverkas den fysiska aktiviteten av arbetsmiljöns utformning samt de arbetsuppgifter som utförs. Det kan vara svårt att välja var, när, hur och i vilket tempo arbetsuppgifterna ska utföras. Inom många yrken har arbetet blivit alltmer stillasittande. Oftast kopplas långvarigt sittande på arbetet till kontorsarbete, dock är inaktivitet vanligt även i andra yrken, som yrkeschaufför eller maskinoperatör. Långvarigt stillasittande på arbetet bidrar i hög grad till det totala dagliga sittandet och kan därmed ha en väsentlig betydelse för eventuella effekter på hälsan. Stark evidens visar att stillasittande ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes och för tidig död. Långvarigt stillastående arbete bör undvikas.

Det finns också många yrken som är rörliga och fysiskt ansträngande, till exempel inom vården eller byggbranschen. Inom dessa yrken kan det vara svårt att få tid att återhämta sig under arbetsdagen. Ett ergonomiskt belastande arbete ses ofta som en riskfaktor för bland annat muskuloskeletala besvär och en ökad risk för hjärtkärlsjukdom. Rörelsevariation är därför viktigt, oavsett om arbetet innebär långvarigt stillasittande, långvarigt stående eller är fysiskt ansträngande. Arbetsgivare bör se till att det under en arbetsdag ges möjlighet till rörelsevariation och återhämtning. Folkhälsomyndigheten har i samarbete

med Arbetsmiljöverket tagit fram skriften ”Skapa rörelse och belasta rätt i arbetslivet” för att ge arbetsgivare stöd i att tillsammans med medarbetarna skapa rörelse och rätt belastning i arbetslivet. Skriften finns att ladda ner på Folkhälsomyndighetens webbplats.

I planering och förankring av insatser på arbetsplatsnivå är det viktigt att i samtal med uppdragsgivaren få en bild av hela organisationen eftersom det finns olika förutsättningar för fysisk aktivitet på arbetet, eller under arbetstid, för olika yrken. Ringa in vilken verksamhet som bedrivs, hur arbetsgrupper ser ut, exempelvis fördelning av kön och ålder, och vilken typ av arbete som genomförs, exempelvis om arbetet är stillasittande, fysisk ansträngande eller rörligt. Det är bra att tidigt fastställa vad som redan finns på plats i organisationen, till exempel om det finns en friskvårdspolicy eller en policy för friskvård och hälsa, och om det finns möjlighet till rörelsevariationen och återhämtning under arbetsdagen. Utifrån detta samtal planeras vad som ska kartläggas Ska till exempel alla medarbetare kartläggas eller endast vissa arbetsgrupper? Ska kartläggningen omfatta arbetsplatsens förutsättningar att främja fysisk aktivitet och/eller minska stillasittande?

### Fysiska aktivitetsparadoxen

Trots att fysisk aktivitet ofta kopplas till goda hälsoeffekter och minskad risk för sjukdom, tycks fysisk aktivitet som utförs på arbetet inte alltid ha samma positiva hälsoeffekter som fysisk aktivitet som utförs på fritiden. I visa studier kallas detta för ”fysisk aktivitetsparadox”. Det kan finnas olika orsaker till att effekten av fysisk aktivitet kan skilja sig beroende på om den utförs på arbetet eller på fritiden. En av de potentiella orsakerna kan vara att intensiteten av fysik aktivitet på arbetet inte är tillräckligt hög för att stärka konditionen, samt att möjligheten till återhämtning från fysiskt krävande arbete under arbetsdagen kan vara begränsad. Det behövs dock mer forskning för att förstå effekterna av fysisk aktivitet på arbetet för att kunna ge rekommendationer för passande insatser som främjar hälsa och arbetsförmåga.

## Steg 2: Kartlägga och analysera

### Arbetsplatsens förutsättningar att främja fysisk aktivitet och minska stillasittande

Det finns flera faktorer i arbetsmiljön som påverkar medarbetarnas fysiska (in)aktivitet. Några exempel är vilken kontorsutrustning som finns, om det finns möjlighet till rörelsepaus eller tillgång till friskvårdstid, friskvårdsbidrag eller träningsanläggning. För att på ett effektivt sätt kunna främja fysisk aktivitet, minska stillasittande och skapa en balans mellan stillasittande, stående och gående behövs en kartläggning av vilka möjligheter arbetsplatsen har att främja fysisk aktivitet, återhämtning och rörelsevariation. Det finns inga validerade enkäter på svenska för att kartlägga de fysiska, organisatoriska och sociala förutsättningarna på arbetsplatsen men det finns ett flertal validerade

enkäter och checklistor på engelska (för en sammanställning se bilaga 1). I en amerikansk systematisk översiktsartikel från 2015 finns en tabell som sammanfattar faktorer som är gemensamma i flera av instrumenten och som har visat sig vara viktiga för att främja fysisk aktivitet på arbetsplatsen. Nedan presenteras en tolkning av vad tabellen framhåller är viktigt i form av frågor som kan vara till hjälp för att reflektera över hur stödet för fysisk aktivitet på arbetsplatsen ser ut. Frågorna som formulerats utifrån tabellen har också kompletterats med frågor som bygger på andra vetenskapliga studier som återfinns i referenslistan.

**Organisatorisk arbetsmiljö:**

- Finns en skriven friskvårdspolicy som främjar fysisk aktivitet under arbetstid? Uppdateras policyn regelbundet? Hur kommuniceras policyn till medarbetare?
- Finns det rutiner för att regelbundet undersöka om den fysiska belastningen är alltför hög, eller alltför låg som vid långvarigt stillasittande och stillastående?
- Ges möjlighet till rörelsevariation och återhämtning under arbetstid, till exempel genom att främja aktiva raster och promenadmöten etcetera?
- Uppmuntras och stöds medarbetare till aktiv transport till, från och på arbetet?
- Används gåmöten? Om ja, är de regelbundna?
- Uppmuntras medarbetarna att använda friskvårdsbidrag?
- Stödjer arbetsplatsen/arbetsgivaren/ledningen medarbetare att delta i fysisk aktivitet?

**Fysisk arbetsmiljö:**

- Finns tillgång till arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet, till exempel höj- och sänkbart skrivbord, gåband eller ståbord?
- Finns tillgång till trappor? Är trapporna rena, väl upplysta och säkra?
- Finns tillgång till cykelparkering? Är parkeringen säker och finns det tillräcklig med plats?
- Finns tillgång till dusch/omklädningsrum/låsbara skåp?
- Finns arbetsutrustning som minskar fysisk arbetsbelastning?
- Finns tillgång till ett gym/träningsgrupper?

**Arbetsplatsomgivning:**

- Finns arbetsplatsen i ett närområde där det är säkert att genomföra fysisk aktivitet, till exempel finns det en park, gångväg eller cykelväg i närheten?

**Medarbetarnivå:**

- Får medarbetarna information som uppmuntrar till, och upplyser om, fysisk aktivitet och fördelar med att ha en fysiskt aktiv livsstil?
- Erbjuds medarbetarna ekonomiskt stöd för friskvård (friskvårdbidrag)?

## Fysisk aktivitet, stillasittande och kondition

Det finns olika metoder som kan användas för att kartlägga fysisk aktivitet, stillasittande och kondition i samband med en hälsoundersökning. Det är viktigt att kartlägga hela aktivitetsmönstret. Fysisk aktivitetsnivå kan antingen mätas genom att personen svarar på frågor, för aktivitetsdagbok, eller via objektiva mätningar.

Socialstyrelsen definierar otillräcklig fysisk aktivitet som den aktivitet som är mindre än 150 minuter/vecka (måttlig intensitet) eller mindre än 75 minuter/vecka (hög intensitet). För betydande hälsovinster rekommenderas att vuxna bör utföra pulshöjande fysisk aktivitet 150 till 300 minuter i veckan på måttlig intensitet eller 75 till 150 minuter i veckan på hög intensitet. Måttlig och hög intensitet kan kombineras. Aktiviteten bör spridas över veckan. För ytterligare hälsovinster rekommenderas även muskelstärkande fysisk aktivitet minst 2 gånger i veckan.

För att motverka hälsorisker bör vuxna begränsa stillasittandet, men mer forskning är nödvändigt för att kvantifiera hur stor minskning av stillasittande som bör rekommenderas. Långa perioder av stillasittande bör bytas ut mot fysisk aktivitet som kan vara på låg men ännu hellre på måttlig eller hög intensitet. De som inte kan begränsa stillasittande bör sträva efter pulshöjande fysisk aktivitet 300 minuter i veckan med måttlig intensitet, eller 150 minuter med hög intensitet. Europeiska arbetsmiljöbyrån (EU-OSHA) rekommenderar att arbeta så dynamiskt det går (växla mellan att sitta, stå och gå), att sitta maximalt 50 procent av arbetstiden eller maximalt 5 timmar per arbetsdag, att undvika långvarigt stillasittande genom att avbryta sittandet efter 20–30 minuter, att stå eller röra på sig minst 10 minuter efter 2 timmars sittande samt att undvika långvarigt stående arbete. EU-OSHA rekommenderar även att alternera så mycket som möjligt enligt följande fördelning: 30 procent stående, 60 procent sittande och 10 procent fysisk aktivitet. Rekommendationen är inte att sitta så lite som möjligt, utan att hitta "rätt" balans mellan de olika aktiviteterna.

För att på ett enkelt sätt bedöma om en person är otillräckligt fysiskt aktiv är rekommendationen att använda Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet och en fråga om stillasittande som är utvecklad av Gymnastik och Idrottshögskolan, GIH, se bilaga 6.

För ytterligare information om att skatta fysisk aktivitet, stillasittande och kondition för personer med särskilda risker eller tillstånd, hänvisas till specifika kapitel i boken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS 2021, https://www.fyss.se/).

### Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet

Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet är metodprövade när det gäller reliabilitet och validitet. Dessa återfinns i bilaga 6. Det finns olika sätt att ställa frågorna på:

- antal minuter vardagsmotion respektive fysisk träning i fasta val
- antal minuter vardagsmotion respektive fysisk träning per vecka som anges fritt
- antal minuter vardagsmotion respektive träning varje veckodag (måndag–söndag) som räknas ihop till veckoaktivitet.

Frågorna är utformade för att ta reda på den total tid per vecka som individen är fysiskt aktiv. En fråga handlar om fysisk träning (aktiviteter med hög intensitet) och en om vardagsmotion (aktivitet med måttlig intensitet). Svaren på frågorna räknas samman och gränsen går vid minst 150 aktivitetsminuter per vecka. När resultaten vägs samman räknas tiden i aktivitet på hög intensitet dubbelt.

### Fråga om stillasittande

För att även kunna mäta stillasittande rekommenderas SED-GIH (the GIH stationary single item question), vilket är en enkel fråga om daglig total tid stillasittande. Vad gäller frågan om stillasittande finns ännu inga tydliga gränsvärden, oavsett grad av fysisk aktivitet, men långvarigt sammanhängande stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser med någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har ett stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden. Detta gäller även dem som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet.

### Rörelsemätare

Generellt ger objektiva metoder, som rörelsemätare, en mer exakt bild av fysisk aktivitet än självrapporterade metoder, som frågeformulär eller aktivitetsdagbok. Ett vanligt sätt att mäta och stimulera till fysisk aktivitet med objektiva metoder är att använda stegräknare som mäter antalet steg eller accelerometrar som mäter förändringar i rörelsens hastighet. För att stimulera och monitorera fysisk aktivitet kan även rörelsemätare i till exempel mobilappar eller aktivitetsarmband användas. Stegräknare är en förhållandevis enkel och billig metod för att kartlägga den fysiska aktiviteten, på både individ- och gruppnivå. De finns i en mängd olika utföranden och med olika kvalitet. En bra stegräknare ska dock vara testad avseende reliabilitet och validitet. Accelerometrar är mer avancerade än stegräknare och mäter rörelse i olika riktningar. De kan ge både en bild av den totala fysisk aktiviteten och aktivitetsmönstret. Accelerometrar är mer kostsamma än stegräknare, men ger högre precision. Exempel på accelerometrar är Actigraph, Activ-PAL, Actical, Axivity och GENEActiv.

Rekommendationen är att ta 7 000–8 000 steg per dag, ju fler desto bättre.

*Källa: https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00302-9/fulltext*

## Kombination av metoder

Det utvecklas många nya instrument för att mäta fysisk aktivitet som kombinerar olika tekniker och metoder, till exempel instrument som kombinerar accelerometrar och hjärtfrekvensmätning.

## Konditionstest

Konditionstest på cykelergometer är ett standardiserat sätt att beräkna maximal syreupptagning och ingår ofta i olika typer av hälsoundersökningar. Testet kan genomföras antingen på arbetsplatsen eller hos en hälsoleverantör då testutrustningen är mobil. Testet kräver tillgång till cykel-ergometer, pulsmätare, stoppur och Borgs skala för upplevd ansträngning (Borg RPE-skalan®). Konditionstest på cykelergometer är enkelt att anpassa till deltagarnas förutsättningar, vilket gör det säkert att utföra. Testet är oberoende av deltagarens kroppsvikt och belastningen på cykeln kräver ungefär samma energiutveckling hos deltagaren oavsett ålder och träningstillstånd. Själva tekniken att cykla påverkar därför inte nämnvärt testresultatet, till skillnad från till exempel ett löptest där löparens teknik har större betydelse. Överviktiga som kan ha svårt att utföra andra konditionstester på till exempel löpband eller en bänk, klarar konditionstest på cykel bättre. Testet är dessutom skonsamt för knän och leder.

För att arbeta med konditionstest på cykel krävs genomgången kurs motsvarande 2 dagar. Konditionstestet är submaximalt och motsvarar 50 procent av maximal syreupptagning, vilket de flesta upplever som ”något ansträngande” enligt Borg RPE®-skalan. Den upplevda ansträngningen i konditionstestet kan användas som utgångspunkt för att förklara lämplig träningsintensitet för fysiskt inaktiva deltagare med ambition att börja motionera. För att beräkna och värdera resultatet krävs tabeller eller programvara och resultatet presenteras som beräknad maximal syreupptagning i både liter/minut och i ml/min/kg. I samband med konditionstestet bör frågor om motion/träning, tobak och eventuell hjärt-kärlmedicinering ställas. Det har betydelse för val av effekt, det vill säga motståndet - hur ”trög” cykeln är att trampa på, och för tolkning av resultatet.

En metod att testa en individs kondition (maximal syreupptagning) är Åstrandtestet, som har varit standardmetoden sedan länge. Vid beräkning av maximal syreupptagning är dock metodfelet på individnivå i Åstrandtestet relativt högt, främst på grund av stor individuell variation i maximal hjärtfrekvens (maxpuls). Däremot är upprepade mätningar på samma person

desto mer tillförlitligt och är därför ett bra sätt att följa konditionsutveckling. År 2012 lanserades Ekblom Bak-testet med ett halverat metodfel, jämfört med Åstrandtestet. Både Åstrandtestet och det nyare Ekblom Bak-testet är submaximala (det vill säga den maximala syreupptagningen beräknas). Testtiden i de båda testerna är cirka 6–10 minuter. För dem som använder pulspåverkande mediciner, till exempel betablockerare, går det inte att beräkna maximal syreupptagning utifrån Åstrandtestet eller Ekblom Bak-testet eftersom en av parametrarna vid beräkningen är hjärtfrekvens. I stället kan maximal syreupptagning skattas utifrån Borg RPE-skalan® och den nyttjade effekten.

Det finns metoder som kan användas för att sammanställa individuella resultat från konditionstestet till en grupprapport, så att resultaten presenteras per avdelning, yrke, kön eller ålder. Eftersom den beräknade maximala syreupptagningen kan kopplas till ”upplevd ork i både vardag och arbete” kan gruppresultaten användas som ett nyckeltal för att se hur många av medarbetarna som ligger över nivån 35 $O_2$ ml/min/kg, vilket krävs även för dem med stillasittande arbete. Medarbetare med låg kondition kan ha lägre effektivitet och därmed lägre produktivitet i arbetet. Resultat på gruppnivå kan vara motiverande för en arbetsgivare som vill genomföra ett strategiskt hälsoarbete och stimulera medarbetarna till bättre livsstil. Resultaten kan även användas för utvärdering av effekten av genomförda hälsoprogram. Maximal syreupptagning kan värderas ur ett hälsoperspektiv genom jämförelse med befolkningen i stort, och i arbetslivet.

## Steg 3: Välja, planera, och genomföra insatser

Om kartläggning och analys visar att det finns ett behov av att genomföra insatser för att främja fysisk aktivitet/minska stillasittande sätts SMART:a mål utifrån resultatet. Därefter väljs de insatser som uppfyller det identifierade behovet och som passar på arbetsplatsen/i organisationen.

### Insatser för att främja fysisk aktivitet och minska stillasittande på arbetsplatsnivå

Det finns evidens för olika typer av insatser inom den organisatoriska, fysiska och sociala arbetsmiljön för att främja fysisk aktivitet. Sådant som har belagts ge positiva effekter är att uppmuntra till att ta trapporna i stället för hissen, använda digitala interaktiva verktyg (som webbsidor eller mobilappar), att sätta personliga mål samt att förbättra policyer och arbetsmiljö. Forskning visar även att en kombination av insatser på flera nivåer främjar fysisk aktivitet. Studier om effektiva insatser för att minska stillasittande har främst genomförts på kontorsarbetare. De visar att arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet, som till exempel höj- och sänkbart skrivbord, gåband och ståbord, och att en kombination av insatser på flera nivåer, varav en är arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet, kan minska stillasittande under arbetsdagen.

## Förslag på insatser (kombinera från olika nivåer):

**Organisatorisk nivå:**

- Skapa en policy som uppmuntrar till fysisk aktivitet. Policyn kan omfatta:
  - att alla medarbetare erbjuds friskvårdstimmar på arbetstid
  - att alla medarbetare ges möjlighet till rörelsevariation och återhämtning under arbetstid, till exempel genom att främja aktiva raster och promenadmöten etcetera
  - att arbetsuppgifter organiseras med möjlighet till variation, rörelse och återhämtning
  - att medarbetare har möjlighet att använda flextid för fysisk aktivitet
  - att alla medarbetare erbjuds friskvårdsbidrag.

**Fysisk arbetsmiljö:**

- Erbjud arbetsutrustning och möbler som tillåter fysisk aktivitet, till exempel höj- och sänkbart skrivbord, gåband eller ståbord.
- Skapa möjligheter för fysisk aktivitet under arbetsdagen, till exempel genom att trappor är lättillgängliga, eller att placera en gemensam kopieringsapparat eller dylikt längre bort.
- Se till att arbetsplatser som har flera byggnader gör det möjligt för medarbetare att ta sig runt på området per cykel eller till fots.
- Informera om närliggande cykel- och gångbanor, till exempel genom att ta fram kartor där dessa märks ut.
- Sätt upp affischer med korta texter som uppmuntrar användning av trappor i stället för hiss. Affischerna kan placeras vid trappor och hissar, eller nära trapporna.

**Social arbetsmiljö:**

- Uppmuntra gruppaktiviteter som motiverar till fysisk aktivitet, till exempel stegtävlingar etcetera. Gärna med priser som premierar uppnådda resultat.

**Medarbetarnivå:**

- Erbjud individinriktade hälsoundersökningar med efterföljande insatser, exempelvis rådgivning som kan innehålla fysisk aktivitet på recept (FaR).
- Arrangera föreläsningar/workshops om hälsosamma levnadsvanor.
- Uppmuntra medarbetare att sätta personliga mål för fysisk aktivitet och att följa upp dem med mätningar.
- Erbjud individuell rådgivning som bör inkludera målsättning, återkoppling, monitorering och problemlösning.
- Rekommendera självmonitorering med hjälp av exempelvis rörelsemätare som finns i till exempel mobilappar eller aktivitetsarmband för att motivera till ökad fysisk aktivitet.
- Sprid information genom till exempel nyhetsbrev om hälsofördelar med fysisk aktivitet och vikten av att ta rörelsepauser under arbetsdagen.

- Använd ”popups” på datorer eller smarta telefoner som uppmanar till att ta rörelsepauser.
- Uppmuntra exempelvis promenadmöten, att ta trapporna i stället för hiss/rulltrappa eller andra sätt att avbryta långvarigt stillasittande.

**Figur 9.** Promenadmöten är ett sätt att öka fysisk aktivitet och minska stillasittandet på arbetsplatsen.

## Digitala verktyg

Forskningen visar att digitala verktyg (e-hälsa) och insatser via smarta telefoner (m-hälsa) kan vara effektiva i att öka fysisk aktivitet. Med hjälp av digitala verktyg som webbsidor, mobilappar, textmeddelanden, e-post samt telefonsamtal kan personen kartlägga sin fysiska aktivitet och få en individuellt anpassad återkoppling med specifika råd baserade på det egna resultatet och gällande rekommendationer. En systematisk litteraturöversikt från 2021 har visat att digitala verktyg och telefoninsatser är effektiva för att öka fysisk aktivitet. Insatser som i litteraturöversikten visade sig vara effektiva inkluderade information i kombination med en eller flera av följande komponenter: rådgivning av en kvalificerad rådgivare, monitorering av fysisk aktivitet, målsättning relaterat till fysisk aktivitet och skräddarsydd information baserad på prestation, till exempel måluppfyllelse eller följsamhet. Andra möjliga komponenter är stöd genom sociala medier eller diskussionsgrupper samt motiverade strategier såsom incitament och belöningar.

## Aktivitetsmätare

Forskning har visat att aktivitetsmätare är effektiva för att öka fysisk aktivitet. Rekommendationen är att använda aktivitetsmätare i kombination med andra insatser. Aktivitetsmätare ger en omedelbar återkoppling som kan motivera individen att öka sin fysiska aktivitet. Det kan främja självförtroendet genom att fokus läggs på enkla aktiviteter, exempelvis promenader eller löpning, som är lätta för de flesta att planera in och genomföra i vardagen. En aktivitetsmätare

kan underlätta såväl formulering av mål som planering av mängd, intensitet och avsättning av tid för fysisk aktivitet. Genom självmonitorering kan individen jämföra sin genomförda fysiska aktivitet med de uppställda målen, något som i sin tur kan stärka motivationen att vidmakthålla de nya vanorna.

## Insatser för att främja fysisk aktivitet och minska stillasittande på individnivå

Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderar rådgivande samtal, med eller utan tillägg av Fysisk aktivitet på recept (FaR®) och/eller någon typ av aktivitetsmätare, för att främja en persons fysiska aktivitetsnivå.

Kunskapsbasen för rådgivning kring typ och dos av fysisk aktivitet kan hämtas från boken Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS 2021 – www.fyss.se). I FYSS ges bland annat vägledning till vilken fysisk aktivitet som är mest lämplig utifrån en individs mål och särskilda behov. Här finns även information om rekommenderad fysisk aktivitet vid specifika tillstånd som exempelvis fetma, depression och stressrelaterad ohälsa. Information om fysisk aktivitet och belastning finns i Arbetsmiljöverkets och Folkhälsomyndighetens publikation ”Skapa rörelse och belasta rätt i arbetslivet”.

I rådgivningen är det viktigt att beakta det totala arbetsinnehållet, vilka arbetsuppgifter som utförs och vilket handlingsutrymme medarbetaren har. Det handlar om aktivitetsmönstret under hela arbetsdagen och att hitta rätt balans mellan att sitta, stå och vara fysiskt aktiv. Det är också viktigt att beakta hur arbetsmiljöns utformning och arbetsuppgifternas innehåll påverkar den fysiska aktiviteten i arbetet. Rådgivningen ska därför anpassas till medarbetarens hela aktivitetsmönster. För individer med mycket stillasittande bör tiden som tillbringas med att sitta stilla begränsas och ersättas med någon form av fysisk aktivitet. Även om den vetenskapliga evidensen fortfarande är otillräcklig, har Europeiska arbetsmiljöbyrån kommit med ett förslag på hur balansen skulle kunna se ut. De rekommenderar att ”alternera så mycket som möjligt mellan arbetsställningarna enligt följande fördelning: 30 procent stående, 60 procent sittande, 10 procent gående/rörelse/cykling”.

För medarbetare som har ett fysiskt påfrestande och tungt arbete kan arbetet behövas avbrytas för att ge möjlighet till återhämtning, till exempel att sitta ner en stund. För att undvika tunga lyft och att skjuta eller dra tungt vid manuell hantering bör i möjligaste mån lämpligt utformad arbetsutrustning användas. Val av insatser utgår från det systematiska arbetsmiljöarbetet där en riskbedömning behöver genomföras för de olika arbetsmomenten. För mer information om fysiskt belastande arbete hänvisas till myndighetens riktlinjer om ländsryggsbesvär.

Oavsett om arbetet innebär långvarigt stillasittande, långvarigt stående, är rörligt eller fysiskt ansträngande är det viktigt med rörelsevariation under arbetsdagen och på fritiden.

## Rådgivande samtal för att främja fysisk aktivitet

Forskning visar att rådgivande samtal, med eller utan tillägg av FaR® eller aktivitetsmätare, är effektivt för att öka fysisk aktivitet. Det finns ingen evidens för att effekten påverkas av hur det rådgivande samtalet ges, till exempel face-to-face eller via telefon, inte heller om fler träffar har bättre effekt än enstaka. Rådgivningen bör inkludera allmän information om betydelsen av fysisk aktivitet och stillasittande för hälsan, samt om vikten av att hitta rätt balans mellan att sitta, stå och vara fysiskt aktiv under arbetsdagen. Råden kan till exempel uppmuntra till att gå eller cykla en del av vägen till/från jobbet, att gå lunchpromenader, att ta trappor i stället för hiss och att använda friskvårdstimmar om det erbjuds. Korta avbrott med rörelse under arbetsdagen är särskilt viktigt för dem som har ett stillasittande arbete.

## Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Rådgivning kan kompletteras med förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR®). FaR består av fem komponenter där kärnan i metoden är rådgivande samtal, individanpassad skriftlig ordination (FaR-blankett) och uppföljning. Handboken FYSS och samverkan med aktivitetsarrangörer kan användas som stöd. Folkhälsomyndigheten rekommenderar FaR® för att hjälpa individer med generellt låg fysisk aktivitet, eller som har särskild risk för att utveckla sjukdomar på grund av fysisk inaktivitet, att öka sin aktivitet. Ordination får göras av legitimerad personal (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter) som har kunskap om individens aktuella hälsoläge och hur fysisk aktivitet kan användas för prevention och behandling av sjukdomstillstånd.

I ordinationen ska ges förslag på fysisk aktivitet som är lämplig med hänsyn till personens intressen samt livs- och arbetssituation. Ordinationen kan också innehålla förslag på hur rörelse och fysisk aktivitet kan inkluderas i arbetsdagen. Mer information och blanketter finns på webbplatsen för FYSS.

## Rådgivande samtal i kombination med aktivitetsmätare

Rådgivande samtal kan kombineras med självmonitorering med hjälp av aktivitetsmätare. Aktivitetsmätaren ger en omedelbar återkoppling som kan motivera individen att öka sin fysiska aktivitet. Att använda aktivitetsmätare kan främja självförtroendet genom att fokus läggs på enkla aktiviteter, till exempel promenader eller löpning, som är lätta för de flesta att planera in och genomföra i vardagen. En aktivitetsmätare kan underlätta såväl formulering av målsättning som planering av mängd, intensitet och avsättning av tid för fysisk aktivitet. Genom självmonitorering kan individen jämföra sin genomförda fysiska aktivitet med de uppställda målen, något som i sin tur kan stärka motivationen att vidmakthålla de nya vanorna.

**Stödmaterial:**

- Stöd för samtal om fysisk aktivitet: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-fysisk-aktivitet/
- Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande. Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Folkhälsomyndigheten, 2021: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/106a679e1f6047eca88262bfdcbeb145/riktlinjer-fysisk-aktivitet-stillasittande.pdf
- FYSS: https://www.fyss.se/
- eFYSS: https://efyss.se/. Allmänna och specifika råd och rekommendationer enkelt tillgängliga. eFYSS är ett digitalt kunskaps- och beslutsstöd som kan användas vid rådgivning om fysisk aktivitet och stillasittande i syfte att förbygga och behandla olika sjukdomstillstånd.
- Skapa rörelse och belasta rätt i arbetslivet: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/548d7afd71144092aa031824459fd6fa/skapa-rorelse-belasta-ratt-arbetslivet.pdf
- FaR, Fysisk aktivitet på recept: https://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far-2/
  - Blankett för ordination av FaR: https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2020/11/ordination-fysisk-aktivitet.pdf
  - Manual för FaR: https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2020/11/manual-ordination-fysisk-aktivitet.pdf
  - Information om FaR på Folkhälsomyndighetens webbplats: https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/fysisk-aktivitet-och-stillasittande/fysisk-aktivitet-inom-vard-och-omsorg/fysisk-aktivitet-pa-recept-far/
- Fysisk aktivitet och träning – möjlig prevention av arbetsrelaterade belastningsbesvär, kunskapssammanställning från Arbetsmiljöverket: https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskaps-sammanstallningar/fysisk-aktivitet-och-traning-rap-201511-kunskapssammanstallning.pdf

## Steg 4. Utvärdering

Utvärderingen av insatserna som har genomförts bör innehålla frågeställningar som det är relevant för dem som ska använda resultaten att få svar på. En effektiv utvärdering innebär en systematisk och strukturerad granskning av både genomförandet och insatsernas effekt. Läs mer om utvärdering på sidorna 28–29.

# Referenser

## Referenser inledning

Bijlsma, M., Rendering, A., Chin-On, N., Debska, A., von Karsa, L., Knöpnadel, J., van Ros-sum, L., Janssens, A. Quality criteria for health checks: development of a European consensus agreement. *Preventive Medicine*, 67:238–41. 2014. DOI:10.1016/j.y med.2014.08.005.

Hipp, J.A., et al., Review of measures of worksite environmental and policy supports for physi-cal activity and healthy eating. Preventing Chronic Disease, 2015; 12: s. E65.

Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Nationellt programområde för levnadsvanor, 2022.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsva-nor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsva-nor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

## Referenser matvanor

Grech, A., & Allman-Farinelli, M. A systematic literature review of nutrition interventions in vending machines that encourage consumers to make healthier choices. Obesity Reviews, 16: 1030–1041. 2015. DOI: 10.1111/obr.12311.

Grimani, A., Aboagye, E. & Kwak, L. The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. BMC Public Health 19, 1676. 2019. DOI: 10.1186/s12889-019-8033-1.

Community Preventive Services Task Force. The Guide to Community Preventive Services. Nutrition and Physical Activity: Worksite Digital Health and Telephone Interventions to In-crease Healthy Eating and Physical Activity. 2021.

Haugaard, P., Stancu, C.M., Brockhoff, P.B., Thorsdottir, I., Lähteenmäki, L. Determinants of meal satisfaction in a workplace environment. *Appetite.* Okt 1;105:195–203. 2016. DOI: 10.1016/j.appet.2016.05.030.

Hendren, S. & Logomarsino, J. Impact of worksite cafeteria interventions on fruit and vegetable consumption in adults: A systematic review. *International Journal of Workplace Health Management,* Vol. 10 No. 2, s. 134–152. 2017. DOI:10.1108/IJWHM-12-2016-0089.

Hyzy, A., Jaworski, M., Cieslak, I., Gotlib-Małkowska, J., Panczyk, M. Improving Eating Habits at the Office: An Umbrella Review of Nutritional Interventions. Nutrients, 15, 5072. 2023. DOI:10.3390/nu15245072.

Lassen, A., Fagt, S., Lennernäs, M., Nyberg, M., Haapalar, I., Thorsen, A., Møbjerg, A., Beck, A. The impact of worksite interventions promoting healthier food and/or physical activity habits among employees working 'around the clock' hours: a systematic review. Food Nutrition Research, Aug 2;62. 2018. DOI: 10.29219/fnr.v62.1115.

Lennernäs, M. Att äta är en fråga om tajmning. Läkartidningen 36, vol. 107. 2010.

Murphy, R., O'Donoghue, E., Doyle, C., & Taaffe, C. An umbrella review of the effectiveness and cost-effectiveness of workplace wellbeing programmes. Research Services Unit, Department of Health. 2018.

Naicker, A., Shrestha, A., Joshi, C., Willett, W., Spiegelman, D. Workplace cafeteria and other multicomponent interventions to promote healthy eating among adults: A systematic review. *Preventive Medicine Reports.* Feb 23;22:101333. 2021. DOI: 10.1016/j.pmedr.2021.101333.

Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R., Pierce, H. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing.* 2017. May;73(5):1051–1065. DOI: 10.1111/jan.13185. Epub 2016 nov 9.

José L Peñalvo, J., Sagastume, D., Mertens, E., Uzhova, I., Smith, J., Wu, J., Bishop, E., Onopa, J., Shi, P., Micha, R., Mozaffarian, D. Effectiveness of workplace wellness programmes for dietary habits, overweight, and cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health,* 6: e648–60. 2021.

Schliemann, D., & Woodside, J. The effectiveness of dietary workplace interventions: a systematic review of systematic reviews. *Public Health Nutrition*, 22(5), 942–955. 2019. DOI:10.1017/S1368980018003750.

St-Onge, MP., Ard, J., Baskin, ML., Chiuve SE, Johnson, HM., Kris-Etherton, P., Varady, K. Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 135:e96–e121. 2017. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000476.

van der Put, A., & Ellwardt, L. Employees' healthy eating and physical activity: the role of col-league encouragement and behaviour. *BMC Public Health*, 22, 2004. 2022. DOI:10.1186/s12889-022-14394-0

Wolfenden, L., Barnes, C., Lane, C., McCrabb, S., Brown, H., Gerritsen, S., Barquera, S., Véjar, L. Munguía, A., & Sze Lin Yoong. Consolidating evidence on the effectiveness of interventions promoting fruit and vegetable consumption: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18, 11. 2021. DOI:10.1186/s12966-020-01046-y

## Referenser alkohol

Anderson, P. Alcohol and the workplace. A report on the impact of workplace policies and programmes to reduce the harm done by alcohol to the economy. 2010. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.stap.nl/content/bestanden/literature-study-alcohol-and-the-workplace.docx

Moyer, V. A., & Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 159(3), 210–218. 2013. DOI: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism*, 49(1), 66–78. 2014. DOI: 10.1093/alcalc/agt170

Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104(3), 365–377. 2009. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02472.x

Folkhälsomyndigheten. *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. 2022. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/

Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Ronnberg, S. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. Alcohol & Alcoholism, 45(3), 252–257. 2010. DOI: 10.1093/alcalc/agq021

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, Sveriges regioner i samverkan. *Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling*. (Version 3). 2022. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/Stockholm/kunskapsstod/levnadsvanor/

Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of diseasean update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. 2017. DOI: 10.1111/add.13757

Thørrisen, M.M., Bonsaksen, T., Hashemi, N., Kjeken, I., van Mechelen, W., & Wågø Aas, R. Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open*, 9(7). 2019.

EU. Science Group of the European Alcohol and Health Forum. Alcohol, work and productivity. 2011. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.drugsandalcohol.ie/16211/1/science_02_en.pdf

Ames, G. M., Grube, J. W., & Moore, R. S. Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 61(2), 203–219. 2000. DOI: 10.15288/jsa.2000.61.203

Berman, A., Wennberg, P., & Källmen, H. AUDIT & DUDIT-manualen. 2022. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/audit-alcohol-use-disorders-identification-test/

Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning och ledning*. 2018. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf

Helander, A., Böttcher, M., Dahmen, N., & Beck, O. Elimination characteristics of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) in blood during alcohol detoxification. *Alcohol & Alcoholism*, 54(3), 251–257. 2019. DOI:10.1093/alcalc/agz027

Helander, A., Hermansson, U., & Beck, O. Dose-response characteristics of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) - a study of outpatients in treatment for reduced drinking. *Alcohol & Alcoholism*, 54(6), 567–573. 2019. DOI:10.1093/alcalc/agz064

Bendtsen, M., McCambridge, J., Åsberg, K., & Bendtsen, P. Text messaging interventions for reducing alcohol consumption among risky drinkers: systematic review and meta-analysis. *Addiction, 116*(5), 1021–1033. 2021. DOI:10.1111/add.15294

## Referenser tobak

Cahill K., & Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. 2014.

Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use Interventions: Centers for Disease Control and Prevention. 2022.

Fanshawe, T.R., Hartmann-Boyce, J., Perera, R., Lindson, N. Competitions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD013272. 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD013272.

Folkhälsomyndigheten. Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar. Återredovisning av regeringsuppdrag. 2023. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se

Folkhälsomyndighet. Tobaksfritt arbetsliv. Idéskrift för arbetsgivare. 2010.

Mersha, A., Bovill, M., Eftekhari, P., Erku, D., Gould, G. The effectiveness of technology-based interventions for smoking cessation: An umbrella review and quality assessment of systematic reviews. *Drug and Alcohol Review*, 40:1294–1307. 2021.

Knowlden, A., Ickes, M, Sharma, M. Systematic analysis of tobacco treatment interventions implemented in worksite settings. *Journal of Substance Use*, 19:4, 283–294. 2014. DOI: 10.3109/14659891.2013.799240.

La Torre, G., Tiberio, G., Sindoni, A., Dorelli, B., Cammalleri, V. Smoking cessation interventions on health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. Juni 16;8:e9396. 2020. DOI: 10.7717/peerj.9396.

Leppänen, A., Lindgren, P., Sundberg, C.J., Petzold, M., Tomson, T. Motivation 2 Quit (M2Q): A cluster randomized controlled trial evaluating the effectiveness of Tobacco Cessation on Pre-scription in Swedish primary healthcare. 2022. *PLOS One*, 17(12):e0278369

Murphy, R., O'Donoghue, E., Doyle, C., & Taaffe, C. An umbrella review of the effectiveness and cost-effectiveness of workplace wellbeing programmes. Research Services Unit, Department of Health. 2018.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guideline: Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Publicerad: 2021, uppdaterad 2023. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: www.nice.org.uk/guidance/ng209

Notley, C., Gentry, S., Livingstone-Banks, J., Bauld, L., Perera, R., Hartmann-Boyce, J. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD004307. 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub6.

SBU. Samband mellan snus, e-cigaretter och tobaksrökning: en systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU Bereder 312. 2020. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.sbu.se/312

Syamlal, G., King, B., Mazurek, J. Workplace Smoke-Free Policies and Cessation Programs among U.S. Working Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4):548–62. 2019.

## Referenser fysisk aktivitet och stillasittande

Caputo, E., Feter, N., Alt, R., da Silva, M. How do different interventions impact stair climbing? A systematic review and meta-analysis. *Global Health Promotion*. Jun 23:17579759221093388. 2022. DOI: 10.1177/17579759221093388.

Cillekens B, Huysmans MA, Holtermann A, van Mechelen W, Straker L, Krause N, van der Beek AJ, Coenen P. Physical activity at work may not be health enhancing. A systematic review with meta-analysis on the association between occupational physical activity and cardiovascular disease mortality covering 23 studies with 655 892 participants. Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 48(2):86–98. 2022. DOI:10.5271/sjweh.3993

EU-OSHA. Prolonged constrained standing at work: Health effects and good practice advice. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Luxembourg. 2021.

Ferguson, T., Olds, T., Curtis, R., Blake, H., Crozier, A., Dankiw, K., Dumuid, D., Kasai, D., O'Connor, E., Virgara, R., Maher, C. Effectiveness of wearable activity trackers to increase physical activity and improve health: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet Digit Health*, 4: e615–26. 2022.

Fiedler, J., Eckert, T., Wunsch, K., Woll, A. Key facets to build up eHealth and mHealth interventions to enhance physical activity, sedentary behavior and nutrition in healthy subjects – an umbrella review. *BMC Public Health*, 20:1605. 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-020-09700-7

Folkhälsomyndigheten. Skapa rörelse och belasta rätt i arbetslivet. 2023. [citerad 3 maj 2024]. Hämtad från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/548d7afd71144092aa031824459fd6fa/skapa-rorelse-belasta-ratt-arbetslivet.pdf

Holtermann, A., Krause, N., van der Beek, A.J., Straker, L. *British Journal of Sports Medicine*, 0:1–2. 2017. DOI:10.1136/bjsports-2017-097965

Jansson, E., Wennberg, P., Anderssen, S., Ekelund, U., Dohrn I., Hagströmer, M. Sitt mindre – all rörelse räknas. Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande. Läkartidningen, Tema Fyss. 2022.

King, A., Whitt-Glover, M., Marquez, D., Buman, M., Napolitano, M., Jakicic, J., Fulton, Jen., Tennant, B. Physical Activity Promotion: Highlights from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Systematic Review. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 51(6):s. 1340–1353, juni. 2019. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001945

Lam, K., Baurecht, H., Pahmeier, K., Niemann, A., Romberg, C., Biermann-Stallwitz, J., Neusser, S., Wasem, J., Mugler, N., Welker, C., Leitzmann, M., Jochem, C. How effective and how expensive are interventions to reduce sedentary behavior? An umbrella review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 23(5):e13422. 2022. doi:10.1111/obr.13422

Mathiassen, S., & Hallman, D. Fysisk (in)aktivitet i kontorsmiljöer. Arbete och hälsa vetenskaplig skriftserie, 56(4). Göteborgs universitet. 2022.

Murphy, R., O'Donoghue, E., Doyle, C., & Taaffe, C. An umbrella review of the effectiveness and cost-effectiveness of workplace wellbeing programmes. Research Services Unit, Department of Health. 2018.

Nguyen, P., Le, L.KD., Nguyen, D. Gao, L., Dunstan, D., Moodie M. The effectiveness of sedentary behaviour interventions on sitting time and screen time in children and adults: an umbrella review of systematic reviews. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 117. 2020.

Shrestha, N., Kukkonen-Harjula, K., Verbeek, J., Ijaz, S., Hermans, V., Pedisic, Z. Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD010912. 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD010912.pub4.

Zhou L, Deng X, Guo K, Hou L, Hui X, Wu Y, Xu M, Wang Y, Liang S, Yang K, Li X. Effectiveness of Multicomponent Interventions in Office-Based Workers to Mitigate Occupational Sedentary Behavior: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Public Health Surveillance*, 9:e44745. 2023.

Zhou L, Deng X, Xu M, Wu Y, Shang X, E F, Wang Y, Liang S, Yang K, Li X. The effects of active workstations on reducing work-specific sedentary time in office workers: a network meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, Jul 27;20(1):92. 2023. DOI: 10.1186/s12966-023-01467-5.

# Referenser till bilaga 1

Hipp JA, Reeds DN, van Bakergem MA, Marx CM, Brownson RC, Pamulpati SC, Hoehner CM. Review of measures of worksite environmental and policy supports for physical activity and healthy eating. Prev Chronic Dis. May 7;12:E65. 2015. DOI: 10.5888/pcd12.140410.

Loitz CC, Gorman E, Macridis S, Vaska M. A scoping review of workplace wellness audit tools assessing physical activity and sedentary behaviour. Health Promot J Austr. Jan;33(1):40–50. 2022. DOI: 10.1002/hpja.493. Epub 2021 Apr 29.

## Referenser till tabellen i bilaga 1

Basen-Engquist K, Hudmon KS, Tripp M, Chamberlain R. Worksite health and safety climate: scale development and effects of a health promotion intervention. *Preventive Medicine*, Jan-Feb;27(1):111–9. 1998. DOI: 10.1006/pmed.1997.0253.

Blunt, G. & Hallam, J. The worksite supportive environments for active living survey: development and psychometric properties. *American Journal of Health Promotion*. Sep-Oct;25(1):48–57. 2010. DOI: 10.4278/ajhp.081008-QUAN-240.

British Heart Foundation. "Workplace Environmental Audit Tool". Hämtad från: https://www.bhf.org.uk/informationsupport/publications/health-at-work/health-at-work-environment-audit-template

Crespo NC, Sallis JF, Conway TL, Saelens BE, Frank LD. Worksite physical activity policies and environments in relation to employee physical activity. *American Journal of Health Promotion*, Mar-Apr;25(4):264–71. 2011. DOI: 10.4278/ajhp.081112-QUAN-280.

Dannenberg AL, Cramer TW, Gibson CJ. Assessing the walkability of the workplace: a new au-dit tool. *American Journal of Health Promotion*, Sep–Oct;20(1):39–44. 2005. DOI: 10.4278/0890-1171-20.1.39.

Dejoy DM, Wilson MG, Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Wang S, Baker KM, Bowen HM, Tully KJ. Development of the Environmental Assessment Tool (EAT) to measure organizational physical and social support for worksite obesity prevention programs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Feb;50(2):126–37. 2008. DOI: 10.1097/JOM.0b013e318161b42a.

Dishman RK, DeJoy DM, Wilson MG, Vandenberg RJ. Move to Improve: a randomized work-place trial to increase physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, Feb;36(2):133–41. 2009. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.09.038.

Duncan MJ, Rashid M, Vandelanotte C, Cutumisu N, Plotnikoff RC. Development and reliability testing of a self-report instrument to measure the office layout as a correlate of occupational sitting. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, feb 4;10:16. 2013. DOI: 10.1186/1479-5868-10-16.

Fisher BD, Golaszewski T. Heart check lite: modifications to an established worksite heart health assessment. *American Journal of Health Promotion*, Jan–feb;22(3):208–12. 2008. DOI: 10.4278/ajhp.22.3.208.

Freak-Poli R, Brand M, Boelsen-Robinson T, Huse O, de Courten M, Peeters A. Development and piloting of a Checklist for healthy eating And Physical Activity in the Workplace (CE-PAW). *Health Promotion International*, Mar 12;36(1):8–19. 2021. DOI: 10.1093/heapro/daaa026.

Hoehner CM, Budd EL, Marx CM, Dodson EA, Brownson RC. Development and reliability testing of the Worksite and Energy Balance Survey. *Journal of Public Health Management and Practice*, Maj–jun;19(3 Suppl 1):S105-13. 2013. DOI: 10.1097/PHH.0b013e3182849f21.

Kaczynski AT, Bopp MJ, Wittman P. Association of workplace supports with active commuting. *Preventing Chronic Disease*, Nov;7(6):A127. 2010.

Mazzola, Joseph J., "Workplace Nutrition and Exercise Climate: Scale Development and Preliminary Model" USF Tampa Graduate Theses and Dissertations. 2010. https://digitalcommons.usf.edu/etd/1706

Oldenburg B, Sallis JF, Harris D, Owen N. Checklist of Health Promotion Environments at Worksites (CHEW): development and measurement characteristics. *American Journal of Health Promotion*, Maj–jun;16(5):288–99. 2002. DOI: 10.4278/0890-1171-16.5.288.

Plotnikoff RC, Prodaniuk TR, Fein AJ, Milton L. Development of an ecological assessment tool for a workplace physical activity program standard. *Health Promotion Practice*, okt;6(4):453–63. 2005. DOI: 10.1177/1524839904263730.

Shimotsu ST, French SA, Gerlach AF, Hannan PJ. Worksite environment physical activity and healthy food choices: measurement of the worksite food and physical activity environment at four metropolitan bus garages. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, maj 11;4:17. 2007. DOI: 10.1186/1479-5868-4-17.

Williden M. Health and productivity management in New Zealand: An exploratory study. Auck-land University of Technology. 2012. Hämtad från: https://openrepository.aut.ac.nz/server/api/core/bitstreams/18b3eea7-dc7e-475d-a0b9-240a1ef38bea/content

## Referenser till bilaga 2

D'Annibale, M., Hornzee, N., Whelan, M., Guess, N., Hall, W., & Gibson, R. Eating on the night shift: A need for evidence-based dietary guidelines? Nutrition Bulletin, 46(3), 339–349. 2021. DOI:10.0.4.87/nbu.12515

Garaulet, M., & Madrid, J. A. Chronobiological aspects of nutrition, metabolic syndrome and obesity. In Advanced Drug Delivery Reviews (Vol. 62, s. 967–978). Elsevier BV. 2010.

Gupta, C. C., Vincent, G. E., Coates, A. M., Khalesi, S., Irwin, C., Dorrian, J., & Ferguson, S. A. A Time to Rest, a Time to Dine: Sleep, Time-Restricted Eating, and Cardiometabolic Health. NUTRIENTS, 14(3), 420. 2022. DOI:10.3390/nu14030420

Holm, L., & Kristensen, S. T. Modern Meal Patterns: Tensions Between Bodily Needs and the Organization of Time and Space. In Food and Foodways (Vol. 14, s. 151–173). Informa UK Limited. 2006.

Lowden, A., Moreno, C., Holmbäck, U., Lennernäs, M., & Tucker, P. Eating and shift work – effects on habits, metabolism and performance. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 36(2), 150–162. 2010. DOI:10.5271/sjweh.2898

Nyberg, M., & Lennernäs Wiklund, M. Impossible meals? The food and meal situation of flight attendants in Scandinavia – A qualitative interview study. Appetite, 113, 162–171. 2017. DOI:10.0.3.248/j.appet.2017.02.033

Potter, G. D. M., & Wood, T. R. The Future of Shift Work: Circadian Biology Meets Personalised Medicine and Behavioural Science. FRONTIERS IN NUTRITION, 7, 116. 2020. DOI:10.3389/fnut.2020.00116

Souza, R. V., Sarmento, R. A., de Almeida, J. C., & Canuto, R. The effect of shift work on eat-ing habits: a systematic review. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 45(1), 7–21. 2019.

# Bilagor

Bilaga 1. Arbetsplatsens arbete med matvanor och fysisk aktivitet

Bilaga 2. Matvanor och arbete på obekväma arbetstider

Bilaga 3. Matvanor

Bilaga 4. Alkohol

Bilaga 5. Tobak

Bilaga 6. Fysisk aktivitet och stillasittande

# Bilaga 1. Arbetsplatsens arbete med matvanor och fysisk aktivitet

Reliabla/valida formulär som kan användas för att kartlägga arbetsplatsens arbete med matvanor och fysisk aktivitet.

Här följer en sammanställning av enkäter för att mäta fysisk aktivitet och matvanor på arbetsplatsen. Listan är baserad på två publicerade litteratursammanställningar (Hipp et al., 2015; Loitz et al., 2022) och översatt av författarna själva. Urvalet gör inte anspråk på att vara heltäckande utan ska ses som en inspirationskälla i det praktiska arbetet med kartläggning/uppföljning. Urvalet baseras på ett antal kriterier: om instrumentet har använts i minst en vetenskaplig studie, om instrumentet har testats för reliabilitet/validitet, om instrumentet är tillgängligt via referensen, och om instrumentet kan passa i en svensk kontext. Enkäterna är sorterade utifrån om de omfattar flera levnadsvanor eller endast fysisk aktivitet, ”multi- eller unilevel”, om de ska användas av ledning/tränade observatörer (ljusblåa rader) eller av medarbetarna själva (vita rader) och årtal.

| Multilevel | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Namn, årtal, referens, population** | **Område** | **Domäner** | **Antal och typ av frågor, tidsåtgång** | **Reliabilitet** | **Validitet** |
| **Environmental Assessment Tool (EAT)** | | | | | |
| 2008 | Fysisk aktivitet | (1) Tillgång till parkering för motorfordon och faciliteter för att säkra cyklar; trappor och hissar; duschar och omklädningsrum; skyltar och anslagstavlor som innehåller meddelanden relevant för fysisk aktivitet; och fysisk aktivitet. | 105 frågor med mest ja/nej alternativ som ifylls av företaget själv och utbildade observatörer. | Bra interrater överrensstämmelse majoriteten av items >0.9 (range 0.835-0.9) | Signifikant konkurrent validitet och prediktiv validitet |
| Dejoy et al, 2008 | Nutrition/viktkontroll | (2) Varuautomater, cafeteria och andra matserveringsalternativ och faciliteter och skyltar och anslagstavlor som är relevanta för kost och vikthantering. | | | |
| Varierande population | Organisation och stöd | (3) Allmänna regler, skrivna policyer och befintliga hälsofrämjande program och tjänster | Frågeformuläret tar cirka 30 min att fylla i men observationen tog cirka 4 timmar per byggnad. | | |
| **Worksite Environmental Measure (WEM)** | | | | | |
| 2007 | Nutrition | (1) Gemensamhets- (paus) utrymmen | 105 items på en 1-4 likert skala och som fylls i av utbildade observatörer. | God interrater överensstämmelse (100% på många items) | Ingen uppgift |
| Shimotsu et al, 2007 | Fysisk aktivitet | (2) Träningsanläggning | | | |
| Busschaufförer | Viktkontroll | (3) Generell arbetsplats | | | |
| | | (4) Social omgivning | | | |
| | | (5) Närområden | Medeltid att fylla i 39 minuter (36-40 min). | | |
| **Checklist of Health Promotion Environments at Worksites (CHEW)** | | | | | |
| 2002 | Nutrition | (1) arbetsplatsinfrastruktur | 112 items som fylls i av utbildade observatörer | Hög inter-rater reliabilitet ICC 0.8-1.0 för alla items utom en | Endast face validity |
| Olderburg, et al, 2002 | Fysisk aktivitet | (2) informationsskyltar | | | |
| Varierande population | Rökning | (3) utformningen av området runt arbetsplatsen | Tar cirka 35 minuter att fylla i (range 20-50 min). | | |
| | Alkohol | | | | |
| **Checklist for healthy eating And Physical Activity in the Workplace (CEPAW)** | | | | | |
| 2021 | Nutrition | (1) arbetsplatsinfrastruktur | 21 självrapporterande frågor på 0-2 skala. | Bygger på CHEW (se nedan) | Bygger på CHEW (se nedan) |
| Freak-Poli et al, 2021 | Fysisk aktivitet | (2) policy | | | |
| Varierande population | | | Ingen uppgift om tidsåtgång, men relativt snabbt. | | |
| **Worksite and Energy Balance Survey (WEBS)** | | | | | |
| 2013 | Nutrition | (1) arbetsplatsinfrastruktur | 72 självrapporterande items med ja/nej frågor, 4- och 6-likert skalor, samt öppna frågor. | God test-retest reliabilitet med hög överensstämmelse med 80% över 0.60 (range 0.41-0.98) | Ingen uppgift |
| Hoehner et al, 2013 | Fysisk aktivitet | (2) Utformning av området runt arbetsplatsen | | | |
| Varierande population | | (3) Program, faciliteter och policys | | | |
| | | (4) Försäljnings automater | | | |
| | | (5) Måltider | | | |
| | | (6) Organisatorisk och social omgivning | Tar cirka 53 minuter att fylla i (range 37-66 min). | | |
| **Workplace Environmental Audit Tool— Walk the talk** | | | | | |
| 2012 | Fysisk aktivitet | (1) Policy | 120 frågor som ifylls av personer ledningspositioner. Frågorna har mestadels ja/nej alternativ, några med 1-6 likert skala. | Oklart, men instrumentet baseras på tidigare reliabla enkäter | Oklart, men instrumentet baseras på tidigare validerade enkäter och visar god användbarhet |
| Williden et al, 2012 | Nutrition | (2) arbetsplatsinfrastruktur | | | |
| Varierande population | | (3) Matplatser/kök | | | |
| | | (4) Cafeteria | | | |
| | | (5) Automater | | | |
| | | (6) Externa matleverantörer | Lång enkät, men tiden för att fylla i den är inte rapporterad. | | |
| | | (7) Hissar och trappor | | | |
| | | (8) Närområde | Frågorna och instruktionerna finns tillgängliga på: | | |
| | | (9) Pendlingsmöjligheter | https://www.bhf.org.uk/information-support/publications/health-at-work/health-at-work-environment-audit-template | | |
| **Workplace Nutrition and Exercise Climate Scale (WNECS)** | | | | | |
| 2010 | Nutrition | Inga speciella domäner | 20 självrapporterande items på en 1-5 likert skala. | God intern konsistens (Cronbach's alpha 0.92), inter-rater reliabilitet ICC>0.49 | Convergent validitet med "health climate scale" |
| Mazzola et al, 2010 | Fysisk aktivitet | | | | |
| Varierande population | | | | | |
| **Heart Check Lite (HCL)** | | | | | |
| 2008 | | (1) Rökning | HCL55 och HCL27 finns med 55 resp 27 självrapporterande ja/nej frågor. | Inte redovisad | Svag till moderate överrensstämmelse med HC. God prediktiv förmåga |
| Fisher et al, 2008 | Kortare version av Heart Check (226 items) | (2) Nutrition | | | |
| Varierande population | | (3) Fysisk aktivitet | | | |
| | | (4) Stresshantering | | | |
| | | (5) Screening | | | |
| | | (6) Stöd | | | |
| | | (7) Policy | | | |
| **Health and safety climate scale (HSCS)** | | | | | |
| Instrumentet från the working well trial 1990-1993 | Hälsa och säkerhet | (1) Övervikt | 8 självrapporterade items om säkerhet och 10 items om hälsa på en 5-punkts likert skala. | God intern konsistens (Cronbachs alpha = 0.74) | Dålig samtidigt validitet med självrapporterat hälsobeteende (medel korrelation r=0.33) |
| 1998 | | (2) Rökning | | | |
| Basen-Engquist, 1998 | | (3) Sjukvårdsförsäkring | | | |
| Industriarbetare i USA | | (4) Hälsotillstånd | | | |
| | | (5) Livsstilpolicy | | | |
| | | (6) Sjukdomsprevention | Ingen uppgift om tidsåtgång. | | |

## Multilevel

## Fysisk aktivitet

| Namn, årtal, referens, population | Område | Domäner | Antal och typ av frågor, tidsåtgång | Reliabilitet | Validitet |
|---|---|---|---|---|---|
| **Workplace Physical Activity Framework (WPAF)** | | | | | |
| 2005 | Policy och miljö | (1) Management | Chefsrapporterande 46 items med ja/nej alternativ. | Visar god interrater reliabilitet men inte statistiskt redovisad | Visar god innehållsvaliditet, men inte statistiskt redovisad |
| Plotnikoff, et al 2005 | | (2) Faciliteter | | | |
| Varierande population | | (3) Individuella kunskaper | | | |
| | | (4) Sociala klimatet | | | |
| | | (5) Ledarskap, infrastruktur | | | |
| | | (6) Geografiska närområdet | | | |
| | | (7) Policy | | | |
| | | (8) Programadministration | Det tog mellan 30 minuter och 3 timmar att svara på frågorna. | | |
| | | (9) Säkerhet/risk minimering | | | |
| **Office Environment and Sitting Scale (OFFESS)** | | | | | |
| 2013 | Faktorer som påverkar stillas-ittande | (1) Arbetsplatsen läge i lokalen | 18 självrapporterande items på en 4-punkts likert skala | God intern konsistens (Cronbachs alpha > 0.7) har god testretest reliabilitet (ICC mellan 0.70 och 0.87 för varje delskala) | Visst bevis för god konstrukt- och kriterievaliditet |
| Duncan, 2013 | | (2) arbetsplatsinfrastruktur | | | |
| kontorsarbetare | | (3) Närhet till medarbetare | | | |
| | | (4) Synlighet av medarbetare | Ingen uppgift om tidsåtgång. | | |
| **Worksite Physical Activity Promotion Checklist** | | | | | |
| 2011 | Policy och miljön | (1) Träningsfaciliteter | Urval av 9 självrapporterade frågor med ja/nej/vet ej alternativ från the Checklist of Health Promotion Environments at Worksites. | God intern konsistens (Cronbachs alpha = 0.78) | Bra överensstäm-melse med andra valida instrument såsom IPAQ och accelero-meter-mätningar |
| Crespo et al, 2011 | | (2) Träningsprogram | | | |
| Varierande population | | (3) Duschmöjligheter | | | |
| | | (4) Tillgång till klädskåp | | | |
| | | (5) Cykelutrymmen | | | |
| | | (6) Träningsinstruktörer | | | |
| | | (7) Policy för stimulans av träning och cykla till arbete | | | |
| | | (8) Betald träningstid | | | |
| | | (9) Tillgång till trappor | | | |
| **(No Name) Kaczynski et al** | | | | | |
| 2010 | Aktiva transport-er (till och från arbete) | (1) Kulturellt stöd | 11 självrapporterande items på 6-punkt likert skala, ja/nej/vet ej frågor och öppna frågor om antal dagar per vecka/månad man har aktiva transporter. | Ingen uppgift | Ingen uppgift |
| Kaczynski, 2010 | | (2) Fysiskt stöd | | | |
| Varierande population | | | Ingen uppgift om tidsåtgång. | | |
| **Worksite Supportive Environments for Active Living Survey (SEALS)** | | | | | |
| 2010 | Utformning och möjligheter | (1) Information för livsstilsaktiviteter | 28 självrapporterade items på en 1-4 likert skala som tar mindre än 30 min att fylla i. | God intern konsistens (Cronbachs alpha mellan 0.787-0.858). | Signifikant diskriminant och konstrukt validitet |
| Blunt et al, 2010 | | (2) Information för strukturerad fysisk aktivitet (träning) | | | |
| Universitetsanställda | | (3) Stimulerande utomhusmiljö | | | |
| | | (4) Stimulerande inomhusmiljö för träning | | | |
| | | (5) Stimulerande inomhusmiljö (trappor) | | | |
| | | (6) Aktiva pendlingsmöjligheter | Frågorna finns tillgängligt i appendix. | God test-retest reliabilitet (Pearson r mellan 0.731-0.958) | |
| | | (7) Medarbetarnas sociala stöd | | | |
| **Management Support and Employee Involvement (Move to Improve Assessment Tool)** | | | | | |
| 2009 | Ledning och personal | (1) ledningsstöd | 9 ja/nej självrapporterande frågor som bedömer den anställdas uppfattning av ledningsstöd och personalengagemang. | God intern konsistens (Chronbach alpha 0.83-0.94) | Inte testat, men visar god prediktiv förmåga |
| Dishman et al, 2009 | | (2) personalengagemang | | | |
| Varierande population | | | | | |
| **Workplace Walkability Audit Tool (WWAT)** | | | | | |
| 2005 | Möjligheten att gå på området | (1) En självrapporterad del med frågor om tillgänglighet | 9 självrapporterade items på en 1-5 likert skala och 5 observationsfrågor. | Interrater överensstämmelse viktad kappa mellan 0.53 och 0.87 | Inte testat |
| Dannenberg et al, 2005 | | (2) En observationsdel av arbetsplatsen och närområdet | | | |
| Varierande population | | | Ingen uppgift om hur långt det tar att fylla i enkäten. | | |

# Bilaga 2. Matvanor och arbete på obekväma arbetstider

## Obekväm arbetstid

Som obekväm arbetstid räknas arbete som inte utförs på dagtid på vardagar. Cirka 35 procent av alla sysselsatta arbetar på obekväm arbetstid. En vanlig form av obekväm arbetstid är skiftarbete.

## Dygnsrytm

Kroppen har en nedärvd biologisk dygnsrytm om cirka 24 timmar. I stort sett alla psykologiska och fysiologiska funktioner varierar över dygnet, som kroppstemperatur, ämnesomsättning, vakenhet, sömnighet och hungerkänslor. En individs dygnsrytm stärks eller störs av dagsljus, mörker, mattider, sovtider och fysisk aktivitet beroende på tidpunkt för exponering. Kroppens grundinställning är att växla mellan att tillföra och lagra in energi från mat under dagtid, och att fasta och frigöra lagrad energi under nattsömnens fasta.

### Skiftarbete – arbete på obekväma arbetstider som påverkar dygnsrytmen – och matvanor

Skiftarbete belastar kroppens ämnesomsättning och ökar risken för övervikt, diabetes-2 och hjärt-kärlsjukdomar. Sömnbrist och att äta på natten belastar kroppens förmåga att reglera blodsockret. En litteraturöversikt (2019) visar att personer med skiftarbete i högre grad än personer som arbetar dagtid hoppar över måltider, äter mat vid okonventionella tider samt har högre konsumtion av ohälsosamma livsmedel, såsom mättade fetter och läsk.

Vid skiftarbete kan det vara svårt att planera för dagens eller dygnets måltider samt att avsätta tid och välja tidpunkt för att äta. Samtidigt kan utbudet av mat och måltider vara mer begränsat för skiftarbetare än under dagtid, relaterat till öppettider med mera. Om lagade måltider ersätts av enklare mat, som smörgåsar eller snabbmat, riskerar det dagliga behovet av näring och energi att tillgodoses sämre.

### Evidens för råd och rekommendationer

Det finns god evidens för att ätande vid ”fel tidpunkt” kan vara en bidragande orsak till ökningen av tillstånd som ingår i det metabola syndromet. Nattfasta bidrar troligtvis till att minska effekten av biologiska rytmstörningar som kan uppstå vid ätande nattetid då kroppen normalt är inställd på att frigöra energi. En begränsning av matintaget till ett maximalt antal timmar (cirka 10-12 timmar) per dygn kan sannolikt minska risken för överätande. Det finns behov av att kunna ge evidensbaserade råd om matvanor till medarbetare med skiftarbete. Samtidigt råder det brist på högkvalitativ forskning på området. Det finns få välgjorda studier om matvanor och hälsa hos skiftarbetande, och nästan inga alls som tar upp tidpunkter och regelbundenhet av matintag. Det behövs

således mer forskning om skiftarbetes inverkan på matvanor, med särskilt fokus på mattider, för att kunna ge entydiga råd och rekommendationer som främjar hälsan. Trots svag evidens finns det några praktiska tips som det kan vara värdefullt för dem som arbetar skift att tänka på.

**Vid skiftarbete – ät regelbundet och på dagtid**

- Följ allmänna näringsrekommendationer och kostråd om matens sammansättning och energimängd utifrån kön, ålder och daglig fysisk aktivitet (se livsmedelsverket.se).
- Ät helst dagtid inom en period av ca 10–12 timmar (även vid nattskift), och när det är möjligt, på förutsägbara och regelbundna tider.
- Ät den större andelen av det dagliga intaget under morgon och förmiddag, och minska mot kväll och natt.
- Om du behöver äta något under natten, välj något hälsosamt i en mindre portion och drick gärna vatten.
- Efter nattskift, ät frukost före dagsömnen, för att hunger inte ska störa sömnen.
- Pröva dig fram till en måltidsrytm som du mår bra av och som fungerar vid skiftarbete.

*Källor: Lowden et al. (2010), Potter et al. (2020).*

# Bilaga 3. Matvanor

Utdrag ur Socialstyrelsens indikatorbilaga för nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

**Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?**

- Två gånger per dag eller oftare (3 p)
- En gång per dag (2 p)
- Några gånger i veckan (1 p)
- En gång i veckan eller mer sällan (0 p)

**Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice, etcetera)?**

- Två gånger per dag eller oftare (3 p)
- En gång per dag (2 p)
- Några gånger i veckan (1 p)
- En gång i veckan eller mer sällan (0 p)

**Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?**

- Tre gånger per veckan eller oftare (3 p)
- Två gånger per veckan (2 p)
- En gång i veckan (1 p)
- Några gånger i månaden eller mer sällan (0 p)

**Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?**

- Två gånger per dag eller oftare (0 p)
- En gång per dag (1 p)
- Några gånger i veckan (2 p)
- En gång i veckan eller mer sällan (3 p)

**Hur ofta äter du frukost?**

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Poängen är till för att beräkna kostindex, se avsnittet Matvanor i Utdrag ur indikatorbilagan för Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, 2011, Socialstyrelsen. Poängen som här står inom parentes ska inte finnas med när frågorna presenteras för individen.

# Bilaga 4. Alkohol

AUDIT är framtaget av WHO och har testats och kvalitetssäkrats för svenska förhållanden av forskare vid Karolinska Institutet.

## AUDIT

**Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor det senaste året.**

**Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.**

MED ETT GLAS MENAS

HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR ☐ MAN ☐ KVINNA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Hur ofta dricker du alkohol? | ALDRIG ☐ | 1 GÅNG I MÅNADEN ELLER MER SÄLLAN ☐ | 2–4 GÅNGER I MÅNADEN ☐ | 2–3 GÅNGER I VECKAN ☐ | 4 GÅNGER/VECKA ELLER MER ☐ |
| **2.** Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? | 1–2 ☐ | 3–4 ☐ | 5–6 ☐ | 7–9 ☐ | 10 ELLER FLER ☐ |
| **3.** Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **4.** Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **5.** Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **6.** Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **7.** Hur ofta under det senaste året har du haft skuldkänslor eller samvets-förebråelser på grund av ditt drickande? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **8.** Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort? | ALDRIG ☐ | MER SÄLLAN ÄN EN GÅNG I MÅNADEN ☐ | VARJE MÅNAD ☐ | VARJE VECKA ☐ | DAGLIGEN ELLER NÄSTAN VARJE DAG ☐ |
| **9.** Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande? | NEJ ☐ | | JA, MEN INTE UNDER DET SENASTE ÅRET ☐ | | JA, UNDER DET SENASTE ÅRET ☐ |
| **10.** Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det? | NEJ ☐ | | JA, MEN INTE UNDER DET SENASTE ÅRET ☐ | | JA, UNDER DET SENASTE ÅRET ☐ |

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

**Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan!**

# Bilaga 5. Tobak

Utdrag ur Socialstyrelsens indikatorbilaga för nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.

## Tobak

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

**1. Mina rökvanor**

☐ Jag har aldrig varit rökare

*Alternativ a) svar i kategorier*

☐ Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan

☐ Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan

*Alternativ b) svar i antal månader*

☐ Jag har slutat röka för X månader sedan

☐ Jag röker, men inte dagligen

*Alternativ a) svar i kategorier*

☐ Jag röker dagligen →

- ☐ 1–9 cigaretter per dag
- ☐ 10–19 cigaretter per dag
- ☐ 20 eller fler cigaretter per dag

*Alternativ b) svar i antal cigaretter*

☐ Jag röker dagligen
X cigaretter per dag

**2. Mina snusvanor**

☐ Jag har aldrig varit snusare

*Alternativ a) svar i kategorier*

☐ Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan

☐ Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan

*Alternativ b) svar i antal månader*

☐ Jag har slutat snusa för X månader sedan

☐ Jag snusar, men inte dagligen

*Alternativ a) svar i kategorier*

☐ Jag snusar dagligen →

- ☐ 1–3 dosor per vecka
- ☐ 4–6 dosor per vecka
- ☐ 7 eller fler dosor per vecka

*Alternativ b) svar i antal dosor*

☐ Jag snusar dagligen
X dosor per vecka

# Bilaga 6. Fysisk aktivitet och stillasittande

Utdrag ur Socialstyrelsens indikatorbilaga för nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Socialstyrelsen, 2011.
Detta utdrag har rättats med avseende på ett skrivfel i den angivna utgåvan.

## Fysisk aktivitet

**1. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt *fysisk träning* som får dig att bli anfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**

*Alternativ a) svar i kategorier*

- ☐ 0 Minuter/Ingen tid
- ☐ Mindre än 30 minuter
- ☐ 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- ☐ 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- ☐ 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- ☐ Mer än 120 minuter (2 timmar)

*Alternativ b) svar i antal minuter per vecka*

x minuter

.....

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

*Alternativ a) svar i kategorier*

- ☐ 0 Minuter/Ingen tid
- ☐ Mindre än 30 minuter
- ☐ 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- ☐ 60–90 minuter (1–1,5 timmar)
- ☐ 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- ☐ 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- ☐ Mer än 300 minuter (5 timmar)

*Alternativ b) svar i antal minuter per vecka*

x minuter

.....

*Alternativ c) svar i kategorier*

| Hur mycket tid ägnar du åt *fysisk träning*, som får dig att bli anfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik eller bollsport? | | | Hur mycket tid ägnar du åt *vardagsmotion*, till exempel promenader, cykling eller trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången). | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Träning (minuter)* | | | *Vardagsmotion (minuter)* | | |
| Måndag | ..... | | Måndag | ..... | |
| Tisdag | ..... | | Tisdag | ..... | |
| Onsdag | ..... | | Onsdag | ..... | |
| Torsdag | ..... | | Torsdag | ..... | |
| Fredag | ..... | | Fredag | ..... | |
| Lördag | ..... | | Lördag | ..... | |
| Söndag | ..... | | Söndag | ..... | |
| Totalt | ..... | x 2 = ..... | | + ..... = | |

# Mer om framtagandet av riktlinjerna

## Deklaration av särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjerna:

Pernilla Nordkvist: Varit projektledare för implementering av 15-metoden inom företagshälsan.

Ulric Hermansson: Varit ansvarig för utvecklingen av 15-metoden för företagshälsan.

## Medverkan i första versionen av riktlinjerna

Nedan framgår vilka experter som medverkade i framtagningen av den ursprungliga versionen.

**Medverkande i riktlinjegruppen:** Lydia Kwak, ordförande, forskare, Karolinska Institutet, Britt Andersson, företagssköterska, Kommunhälsan, Skellefteå, Annika Berndtsson, företagssköterska, Tetra Pak, Lund, Hanna Bonnevier, projektsamordnare, Karolinska Institutet, Marie Dahlgren, kommunikatör, Sveriges Företagshälsor, Cecilia Eurén-Pettersson, företagssköterska, Feelgood, Göteborg, Lars-Göran Kjellin, företagsläkare, MDI AB/Sturebadet, Quality Care, Stockholm, Lena Lehmann, sjukgymnast/ergonom, Feelgood, Stockholm, Stig Norberg, företagsläkare, Globenhälsan, Stockholm, Nancy Nordanstad, hälsovetare, Previa, Göteborg, Johan Rydbeck, arbetsmiljöingenjör, Feelgood, Göteborg, Åsa Skiöld, beteendevetare, A-hälsan AB, Arvidsjaur, Kjerstin Stigmar, ergonom, forskare, Lunds universitet samt ERC Syd, Region Skåne, Anna Ström, sjukgymnast/ergonom, Previa, Nyköping, Bernt Uppgren, psykolog, Feelgood, Malmö, Ragnhild Ivarsson Walther, företagsläkare, Kommunhälsan, i Eskilstuna, Externa medverkande experter, Wim Grooten, docent, leg. sjukgymnast, Karolinska Institutet, Ulric Hermansson, socionom och universitetslektor, Karolinska Institutet, Maria Hagströmer, docent, leg. sjukgymnast, Karolinska Institutet, Peter Munck af Rosenschöld, vd, Sveriges Företagshälsor, Liselotte Schäfer Elinder, docent, Karolinska Institutet och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLL

**Granskare:** Gunnar Andersson, medicine doktor, beteendevetare, HPI, Health Profile Institute AB, Kristina Andersson, företagssköterska, ordförande Sveriges företagssköterskor, Eva Eriksson Regberg, ergonom, ordförande Ergonomisektionen, Förbundet Fysioterapeuterna, Therese Forsling Onsfalk, hälsopedagog, Scania, Södertälje, Mandus Frykman, psykolog, Previa, Stockholm, Timo Leino, överläkare, professor, Arbetshälsoinstitutet, Finland, Eeva Martikainen, human resource manager, Toshiba, Stockholm, Pernilla Nordkvist, projektledare TIA-projektet (Tidiga Insatser i arbetslivet mot Alkoholberoende), Sveriges Företagshälsor, Dan Regberg, företagsläkare, Scania, Södertälje, Jan Rosén, ordförande, Svenska företagsläkarföreningen, Karen Segerström, sjuksköterska, Previa AB, Göteborg, Charlotte Wåhlin, forskare, Karolinska Institutet samt ergonom Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland, Liselotte Walter, företagssköterska, Pe3 Företagshälsa, Göteborg.

Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-89747-75-3