



Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen

En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 3/2015



Enheten för interventions- och implementeringsforskning
Institutet för miljömedicin (IMM)
Karolinska Institutet
www.ki.se/imm/iir

Grafisk form: Petra Fagerlind
Textredigering: Michael Nyhaga
Tryck: Taberg Media Group
Utgåva 1, 2015

En riktlinje från företagshälsans riktlinjegrupp 3/2015

Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen

Riktlinjegruppen

Riktlinjegruppen består av praktiker och forskare. I gruppen ingår representanter från flertalet professioner på olika företagshälsor i Sverige, branschföreningen Sveriges Företagshälsor, representanter från Svenska företagsläkarföreningen samt forskare från Enheten för interventions- och implementeringsforskning vid Karolinska Institutet. Riktlinjegruppen ingår som en part i Kompetenscentret för företagshälsa.



**Karolinska
Institutet**

**sveriges
företags
hälsor**

Innehåll

Inledning	7		
Syfte	8	Kartläggning av förutsättningar för hälsosamma matvanor	27
Avgränsningar	8	Kartläggning av förutsättningar för att minska alkoholriskbruk	28
Målgrupp	8	Kartläggning av förutsättningar för att främja rökstopp	29
Effekter	8	Kartläggning av förutsättningar för att främja fysisk aktivitet	29
Om denna skrift	8	Steg 3 och 4 Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor på organisations-/arbetsplatsnivå	30
Arbetsmodell för att genomföra en hälsoundersökning via arbetsplatsen	9	Främja hälsosamma matvanor på arbetsplatsen	31
Kapitel 1: Hälsoundersökning via arbetsplatsen – individriktad	12	Arbetsplatsinsatser riktad till minskning av alkoholriskbruk	32
Flödesschema	13	Främja rökstopp på arbetsplatsen	33
Steg 1 Planering och förankring	14	Insatser för att främja fysisk aktivitet på arbetsplatsen	34
Steg 2 Kartläggning av levnadsvanor på individnivå	14	Insatser för att minska stillasittande på arbetsplatsen	35
Kartläggning av matvanor	15	Steg 5 Utvärdering av insatserna	35
Kartläggning av alkoholbruk	15	Kapitel 3: Implementeringsstöd för att införa riktlinjer inom företagshälsans verksamhet	36
Kartläggning av tobaksvanor	16	Varför ändra nuvarande arbetssätt?	37
Kartläggning av fysisk aktivitet och stillasittande	16	Bestäm vad som ska införas	38
Steg 3 och 4 Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor på individnivå	17	Vad behöver vara på plats inom företagshälsans organisation?	39
Främja hälsosamma matvanor på individnivå	18	Vad behöver göras inom företagshälsans organisation?	40
Stödja individer att minska alkoholkonsumtionen	19	Verktyg för implementeringsstöd	41
Stödja individer att sluta röka	20	Bilagor	42
Främja fysisk aktivitet på individnivå	21	Referenser	62
Stödja minskning av stillasittande på individnivå	23		
Steg 5 Utvärdering av insatser	23		
Kapitel 2: Hälsoundersökning via arbetsplatsen – organisations/arbetsplatsinriktad	24		
Flödesschema	25		
Steg 1 Planering och förankring	26		
Steg 2 Kartläggning av organisation/arbetsplats	26		
Kartläggning av levnadsvanor på organisations-/arbetsplatsnivå	27		

Riktlinjer för hälsoundersökningar

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

Externa granskare

Gunnar Andersson, medicine doktor, beteendevetare, HPI

Health Profile Institute AB

Kristina Andersson, företagssköterska, ordförande Sveriges

företagssköterskor

Eva Eriksson Regberg, ergonom, ordförande Ergonomisek-

tionen, 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 Wählin, forskare, Karolinska Institutet samt

ergonom Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland

Liselotte Walter, företagssköterska, Pe3 Företagshälsa,

Göteborg

STOCKHOLM DEN 31 AUGUSTI 2015



Förord

Dessa riktlinjer är framtagna av Företagshälsans riktlinjegrupp, som är en verksamhet inom programmet för forskning om metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet samt Kompetenscentret för företagshälsa (www.fhvforskning.se).

Syftet med riktlinjearbetet är att stödja evidensbaserad praktik, EBP, inom företagshälsa. EBP är tillämpningen av den bästa tillgängliga kunskapen i kombination med klinisk erfarenhet och klientens förutsättningar. Att arbeta enligt EBP har visat sig ge effektivare insatser.

Dessa riktlinjer ingår i en serie av publikationer där den första som publicerades februari 2014 presenterade riktlinjer rörande *Ländryggsbesvär*. Riktlinjegruppen har för närvarande delats upp i tre arbetsgrupper som arbetat parallellt med *Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen* (ordförande I. Jensen), *Riktlinjer för hälsoundersökning via arbetsplatsen* (ordförande L. Kwak) samt *Riktlinjer för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen* (lanseras oktober 2015, ordförande U. Hermansson).

Till riktlinjegruppen finns en prioriteringskommitté kopplad som består av representanter för arbetsgivare och arbetstagare (se bil 1). Prioriteringskommitténs uppgift är att – utifrån kunskaper från olika verksamheter – ta fram vilka områden som bör prioriteras vid arbetet med riktlinjerna. Dessa riktlinjer samt *Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa* blev högst prioriterade av kommittén. Prioriterade områden för kommande riktlinjer i serien är att mäta buller samt belysningsergonomi.

Verksamheten i riktlinjegruppen finansieras via anslag från forskningsrådet FORTE och AFA försäkring. Dessutom finansieras verksamheten via resurser (arbetstid, lokaler etcetera) från Sveriges företagshälsor och de företagshälsor som är representerade i gruppen.

Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer sker i ett unikt samarbete mellan yrkesverksamma i olika professioner inom företagshälsan, FH, samt verksamhetsnära forskare. Målsättningen är att utforma praktiska riktlinjer som bygger på bästa tillgängliga evidens, men också har en hög grad av tillämpbarhet i det dagliga praktiska FH-arbetet. Vidare har också hänsyn tagits till vad som bedömts möjligt att implementera i den mångskiftande verksamhet som FH är.

Vill du veta mer är du välkommen att läsa vidare på hemsidan för Kompetenscentret för företagshälsa (www.fhvforskning.se) eller Karolinska Institutets hemsida (www.ki.se/imm/iir).

Irene Jensen
Professor och programansvarig

Syftet med evidensbaserad praktik är att öka möjligheterna att hjälpa. I evidensbaserad praktik strävar man efter att utredning och insatser ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken. Socialstyrelsen 2015

Inledning

Det finns behov av att reformera den traditionella hälsoundersökningen som mest riktar sig till individer och saknar efterföljande insatser. I dag visar den vetenskapliga evidensen att hälsoundersökningar via arbetsplatsen som kombineras med efterföljande insatser har en positiv effekt på hälsobeteenden, medan hälsoundersökningar utan efterföljande insatser saknar en sådan effekt. Dessutom visar forskning vikten av ett brett perspektiv både när det gäller kartläggning och insatser, det vill säga att hänsyn tas till såväl individ som hela organisationen och arbetsmiljön i stort inom en verksamhet.

I dessa riktlinjer används begreppet hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Här omfattar det såväl kartläggning som efterföljande insatser för att förbättra levnadsvanor och förutsättningar för goda levnadsvanor inom organisation och arbetsmiljö.

I dessa riktlinjer presenteras två typer av hälsoundersökningar via arbetsplatsen:

- Individriktad hälsoundersökning fokuserar på enskilda personer i syfte att främja deras hälsosamma levnadsvanor. Här används arbetsplatsen enbart som ett sätt att nå personerna för att ändra deras beteenden.
- Organisations-/arbetsplatsinriktad hälsoundersökning tillämpar ett brett perspektiv för att främja hälsosamma levnadsvanor genom fokus på individuella, organisatorsiska och arbetsmiljömässiga faktorer. Här används arbetsplatsen för att skapa förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor hos dem som arbetar där, till exempel genom tillgång till hälsosam mat. Detta arbetssätt stämmer väl överens med Luxemburg Declaration of Workplace Health Promotion in the European Union.

Vid båda typerna av hälsoundersökningar är det viktigt att utreda betydelsen av organisationsstrukturen och arbetsmiljön för de anställdas levnadsvanor. Organisationsstrukturen och arbetsmiljön

Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen riktar sig till företagshälsan och arbetsgivare. De ger vägledning för genomförandet av kartläggningar, efterföljande insatser och utvärderingar på individ-, grupp-, och arbetsplats-/organisationsnivå för att skapa goda levnadsvanor bland de anställda. Riktlinjerna ger också stöd i hur detta kan implementeras i företagshälsans verksamheter.

kan ha en hindrande inverkan på hälsosamma levnadsvanor, exempelvis om arbetstiden påverkar matvanorna negativt (för kort lunchrast, för få mikroavsnitt med mera). Dessutom rekommenderas en så kallad participativ ansats för bägge typerna av hälsoundersökning. Det innebär ett arbets- eller förhållningssätt där de anställda själva har en aktiv och deltagande roll vid prioritering av ämnesområde och beslut om insatser. Det kan ske i samverkan med arbetsledning och med stöd av experter.

Företagshälsan har en unik möjlighet att genomföra hälsoundersökningar via arbetsplatsen genom sin goda kunskap om arbetsmiljöns och arbetets inverkan på hälsan. Dessutom har företagshälsan unika förutsättningar att arbeta med hälsofrämjande insatser på alla nivåer, såväl på individ- och

grupp- som arbetsplats-/organisationsnivå. Företagshälsan ska vara en oberoende expertresurs för arbetsgivaren och de anställda. Företagshälsan arbetar tvärvetenskapligt och arbetsplatsnära med frågor som rör arbetets och arbetsmiljöns betydelse för hälsan och produktiviteten. Företagshälsan arbetar främjande, förebyggande och rehabiliterande.

Syfte

Syftet med dessa riktlinjer är att ge ett evidensbaserat underlag för att genomföra hälsoundersökningar via arbetsplatsen, av det slag som dessa riktlinjer handlar om. Vägledning ges om vilka vetenskapliga säkerställda enkäter som kan rekommenderas för kartläggning och vilka insatser för att främja goda levnadsvanor hos anställda som är effektiva. Dessutom ges vägledning beträffande implementering och utvärdering av insatserna.

Avgränsningar

Riktlinjerna fokuserar enbart på kartläggning av – och insatser som rör – levnadsvanor beträffande mat, fysisk aktivitet, stillasittande, tobak och alkohol. När det gäller stress och sömn hänvisar vi till Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.

Målgrupp

Riktlinjerna är huvudsakligen utformade för att tillämpas inom företagshälsan. De kan dock även användas som stöd för arbetsgivare och andra som arbetar med att främja hälsosamma levnadsvanor på arbetsplatsen.

Effekter

Effekterna kan vara på individnivå såsom ökad beredskap, motivation, kompetens, attityd och självförtroende. De kan också vara på organisationsnivå såsom stärkta incitament, policy eller förbättrade förutsättningar i arbetsmiljön såsom tillgång till cykelparkering och dusch. På längre sikt kan även positiva effekter rörande Return Of Investments, ROI, förväntas – i form av minskade kostnader för sjukfrånvaro och sjuknärvaro.

Om denna skrift

Skriften börjar med en kort beskrivning av den arbetsmodell som bör användas vid genomförande

av hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Den används vid båda typerna av hälsoundersökning (individriktad och organisations-/arbetsplatsinriktad). Resten av texten är indelad på följande vis:

- **Kapitel 1** beskriver genomförande mot enskilda individer
- **Kapitel 2** beskriver genomförande mot organisationer/arbetsplatser
- **Kapitel 3** ger stöd för att implementera riktlinjerna inom företagshälsans verksamhet

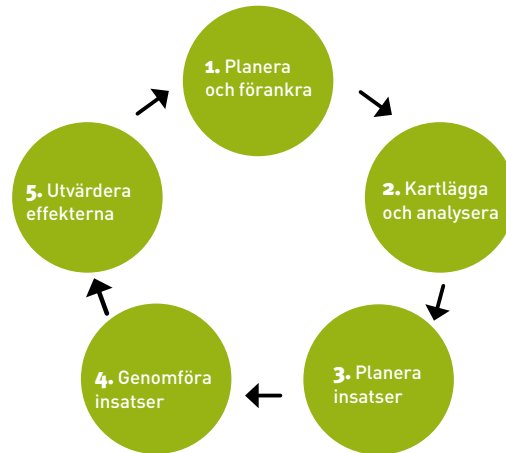
Arbetsmodell för att genomföra en hälsoundersökning via arbetsplatsen

Hälsoundersökning via arbetsplatsen omfattar kartläggning, insatser och utvärdering för enskilda individer (kapitel 1) och arbetsplats/organisation (kapitel 2). Nedan finns en arbetsmodell för hur en hälsoundersökning via arbetsplatsen kan planeras och genomföras, se figur 1. Utgångspunkten för hälsoundersökningar ska vara föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM. För aktuella föreskrifter hänvisas till arbetsmiljöverkets hemsida (www.av.se).

Steg 1. Planera och förankra

Första steget enligt arbetsmodellen är att planera och förankra hela processen på lednings- och arbets- tagarnivå. Det är viktigt att ledningen är med hela vägen – från kartläggning och insatser till uppföljning. Att ledningen tydligt visar att hälsoundersökningen är viktig och prioriterad har stor inverkan på hur väl den kan genomföras. Ett sätt att stödja förankringen är att sätta in hälsoundersökningen i ett sammanhang, till exempel genom att relatera den till verksamhetsmål som minskad sjukskrivning och sjukfrånvaro. Här är några viktiga punkter att tänka på innan en hälsoundersökning via arbetsplatsen genomförs:

- **Identifiera verksamhetens syfte med att genomföra hälsoundersökningen.** VARFÖR ska en hälsoundersökning via arbetsplatsen genomföras? VAD önskar man att den ska leda till? (Koppla till avdelnings/verksamhetens mål) Vad ska man göra och HUR kommer den att gå till? Det är viktigt att understryka att en hälsoundersökning via arbetsplatsen inte genomförs utan efterföljande insatser.
- **Ansvarsfördelning.** Redan i första kontakten med arbetsgivaren är det viktigt att fatta beslut om vem som ska driva processen. Är det företagshälsans eller verksamhetens ansvar? Det rekommenderas att från början ha en tydlig projektplan som beskriver varje steg i processen: VAD ska göras? HUR ska det göras? VEM är ansvarig? Att engagera såväl ledning som arbetstagare är ofta en framgångsfaktor. När det gäller planering av insatser är det viktigt att lämpliga personer med förtroende i organisationen får möjlighet att påverka.
- **Se till att resurser finns tillgängliga i hela proces-**



Figur 1

Arbetsmodell för hälsoundersökningar via arbetsplatsen

sen. Redan i planeringsstadiet är det viktigt att klargöra vilka resurser som finns avsatta för en hälsoundersökning via arbetsplatsen.

- **Tillämpa, om möjligt, ett integrerat tillvägagångssätt.** När en hälsoundersökning via arbetsplatsen genomförs kan det vara fördelaktigt att integrera kartläggning och insatser med befintliga system eller program. Till exempel genom att ta upp hälsoundersökningen i utvecklingssamtal och inte bara diskutera verksamhetsmål utan även medarbetarens hälsomål utifrån kartläggningens resultat.
- **Bestäm vilka som ska delta.** Ska hela verksamheten delta eller bara vissa arbetsgrupper?
- **Välj strategier för att uppmuntra deltagande.** De som accepterar en inbjudan till en hälsoundersökning är ofta de som minst behöver ändra sina levnadsvanor. Det är därför viktigt att uppmuntra dem som skulle tjäna mest på det att delta, till exempel genom att förklara vad de kan förvänta sig av deltagandet.
- **Marknadsför hälsoundersökningen via arbetsplatsen genom till exempel e-post, internet och affischer.** Det kan vara värdefullt att rekrytera någon med stort förtroende inom verksamheten för att hjälpa till med marknadsföringen. Det är viktigt att uppdraget utformas och genomförs i dialog med ledning och chefer för att få många deltagare.
- **Kommunicera hälsoundersökningen via arbetsplatsen.** Det är viktigt att berörda chefer kontinuerligt berättar om den på till exempel arbetsplatsträffar och att den är en stående punkt på dagordningen, där man talar om var i processen man befinner sig. På så sätt signalerar man att

den är viktig och något som verksamheten satsar resurser på.

- **Bestäm vem som ska få ta del av resultaten från kartläggningarna.** Det är viktigt att tala om redan från början för dem som deltar hur resultaten återkopplas. Det kan spela roll för om man vill delta eller ej. Det är också viktigt att berätta om när resultaten ska återkopplas. Dessutom behöver man diskutera vem som äger resultaten från kartläggningen.
- **Välj det mest lämpliga sättet att ge återkoppling till anställda och ledning,** till exempel individuell återkoppling eller anonym gruppåterkoppling. Båda typerna av återkoppling kan ges parallellt. Bestäm också vem som ska återkoppla resultaten – en representant från företagshälsan eller någon från arbetsgivaren. Ytterst utformas återkoppling i dialog med uppdragsgivaren.
- **Bestäm nivå på insatserna.** Nivån varierar beroende på verksamhetens mål med hälsoundersökningen. Det är viktigt att insatserna svarar mot de anställdas och verksamhetens behov.
- **Gör en tidsplan.** Det är viktigt att insatserna kommer nära in på kartläggningen för att hålla medarbetarna engagerade. Bestäm även om kartläggningen och insatserna genomförs på arbetstid eller fritid.

Steg 2. Kartlägga och analysera

Nästa steg är att göra en kartläggning på individnivå och/eller på arbetsplats-/ organisationsnivå. Kartläggningen kan göras med enkäter, genom samtal eller via observationer och intervjuer. Kartläggningen kan omfatta både anställda och chefer. Resultaten av kartläggningen kan analyseras på individ-, grupp- eller verksamhetsnivå. För kartläggning och analys är det viktigt att:

- **Använda frågor som är vetenskapligt kvalitetssäkrade,** det vill säga så kallade reliabla och validerade frågor. Självkonstruerade frågor och svarsalternativ rekommenderas inte. För en översikt av reliabla och validerade frågor se sidorna 14–17 och 26–30.
- **Endast inkludera frågor och tester som hjälper till att uppfylla syfte och behov.** Att ta med frågor som inte styrs av syfte och behov kan vara kontraproduktivt eftersom det är oetiskt att begära svar

som inte ska behandlas och det kan uppfattas som att man ger falska förespeglningar och därmed ge upphov till frustration.

- **Analysera och tolka svaren med hjälp av tillhörande manualer** för att få korrekta resultat. Ta hänsyn till antalet anställda som har svarat på frågorna när tolkningen görs.

Steg 3. Planera insatserna

Nästa steg är att tillsammans med verksamheten uppdatera projektplanen med en detaljerad beskrivning av hur insatserna ska genomföras och utvärderas. Resultaten från kartläggningen är grunden för handlingsplanen. Ett första steg är att hjälpa anställda och/eller verksamheten att prioritera områden och att sätta mål. Prioriteringen kan baseras på till exempel antalet anställda som har ohälsosamma matvanor, men också på strukturella faktorer, som en brist på lämplig alkoholpolicy. En bra modell för att underlätta målformuleringen är att sätta ett så kallat SMART mål. Enligt den modellen ska målet vara Specifikt, Mätbart, Acceperat, Realistiskt och Tidsatt (SMART). Insatserna ska syfta till att nå de uppsatta målen. Insatserna kan genomföras på en eller flera av följande nivåer:

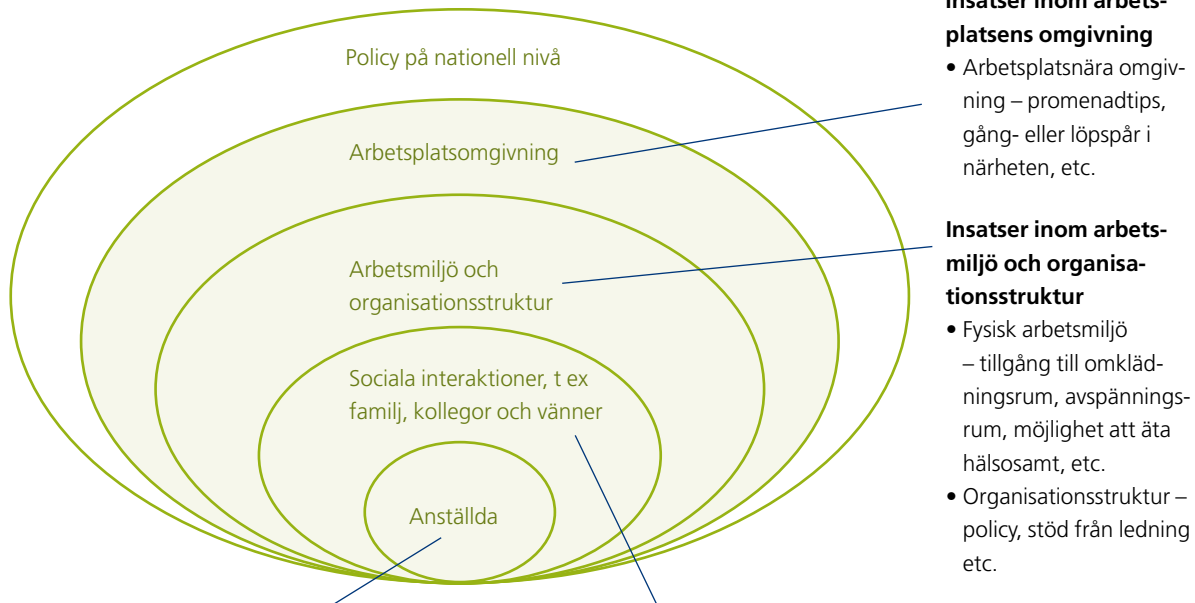
- **Individer** med ohälsosamma levnadsvanor.
- **Organisationen,** vilket täcker in verksamhetens organisationsstruktur, till exempel policy och mål.
- **Arbetsmiljön,** som täcker in fysiska och sociala förutsättningar för goda levnadsvanor till exempel tillgång till gym, omklädningsrum och hälsosam mat i personalrestaurangen.

Eftersom individers hälsobeteende beror på individuella val i ett visst sammanhang så rekommenderas att insatserna inkluderar flera nivåer, så kallade flernivåinsatser. Genom till exempel ändringar i arbetsmiljön och införande av en stödjande policy är det lättare att ändra sitt hälsobeteende. Dessutom påverkas på det här sättet en större grupp av anställda samtidigt, se figur 2.

Steg 4. Genomföra insatser

När insatserna planerats är nästa steg att genomföra dem. Vi rekommenderar att en implementeringsplan görs i nära dialog med verksamheten. Att tänka på när man ta fram en implementeringsplan:

Figur 2. Olika nivåer som flernivåinsatser kan riktas till och exempel på olika typer av insatser.



Insatser inom arbetsplatsens omgivning

- Arbetsplatsnära omgivning – promenadtips, gång- eller löpspår i närheten, etc.

Insatser inom arbetsmiljö och organisationsstruktur

- Fysisk arbetsmiljö – tillgång till omklädningsrum, avspänningsrum, möjlighet att äta hälsosamt, etc.
- Organisationsstruktur – policy, stöd från ledning etc.

Insatser riktade till individer

- Information- och utbildningsstrategier som syftar till att tillämpa kunskap – broschyrer, affischer, intranät, etc.
- Beteendestrategier som syftar till att ändra beteende genom medvetenhet, motivation och självförtroende – individuell/grupprådgivning, workshops, incitament etc.

Insatser inom social arbetsmiljö

- Sociala strategier t ex att använda socialt stöd för att ändra beteende – träningspass och lunchpromenader med kollegor, socialt stöd för att sluta röka, etc.

- **Beskriva insatserna.** Notera till exempel förväntat antal och längd på rådgivningssessionerna och vilka insatser som bör ingå i flernivåinsatser.
- **Sätta upp tidslinjer** när de olika insatserna ska genomföras och vad som behöver göras innan – exempelvis att boka en dietist för att leda en workshop om hälsosamma matvanor.
- **Identifiera vilka resurser som behövs** för att genomföra insatserna, såsom specialistutbildad personal, utrustning, lokaler och material.
- **Definiera roller och ansvarsområden** för dem som är involverade i genomförandet, till exempel genom att tillsätta en arbetsgrupp som är ansvarig för genomförandet av flernivåinsatserna.
- **Specificera budget.**

Steg 5. Utvärdering av effekterna

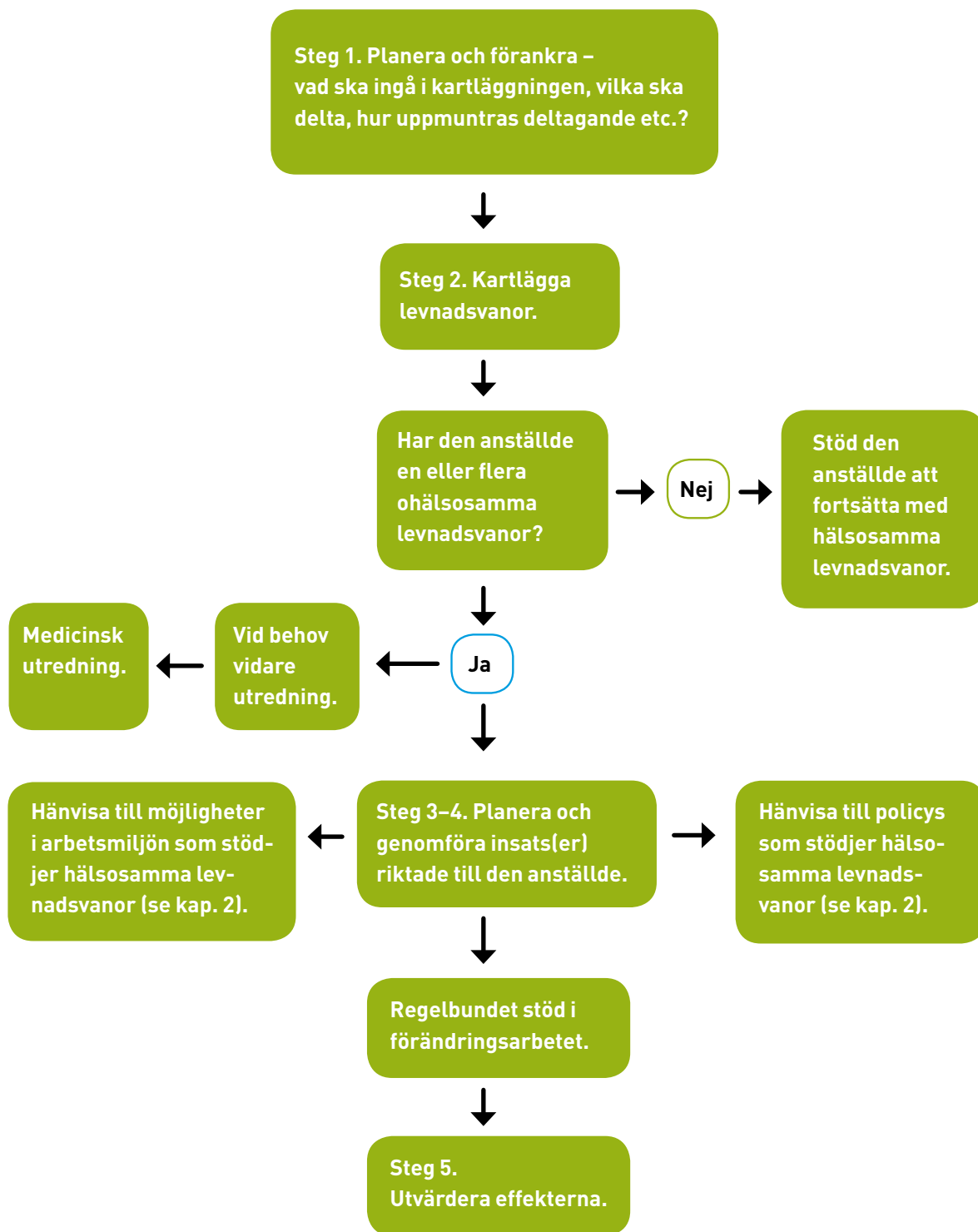
Det sista steget är att utvärdera både processen och insatsernas effekt. Precis som vid kartläggningen och planeringen av genomförandet är utvärderingen

avgörande för att visa att insatserna har varit effektiva. Den behövs också för att göra en plan för fortsättningen. Man bör diskutera och tydliggöra vad som menas med att man uppnått en viss effekt. Utvärderingsplanen bör vara en del av steg 3 (där en handlingsplan för genomförande och utvärdering skapas). En effektiv utvärdering innebär en systematisk granskning av både genomförande och resultat. Det är viktigt att utvärderingen genomförs etiskt och med hög kvalitet.

Att tänka på när man tar fram en utvärderingsplan:

- **Definiera insatsen/insatserna tillräckligt detaljerat** för att kunna avgöra vad som ska utvärderas och hur det ska mätas.
- **Identifiera medverkan i respektive insatser**, för att kunna säga något om effekter.
- **Utvärdera både effekter och genomförande.**

Hälsoundersökning via arbetsplatsen – individinriktad



Flödesschema 1 Individinriktad hälsoundersökning via arbetsplatsen

Steg 1 Planering och förankring

När man har fattat beslutet att genomföra en individriktad hälsoundersökning via arbetsplatsen behöver man bestämma vad som ska ingå i den. Det råder delade meningar om eventuella risker med hälsoundersökningar som innehåller inte bara enkäter om levnadsvanor, utan även fysiska utredningar, psykologiska bedömningar och biomarkörer. Möjliga negativa effekter kan vara överdiagnostik, överbehandling, oro på grund av falskt positiva testresultat, låg tilltro på grund av falskt negativa testresultat samt negativa psykosociala effekter på grund av stigmatisering. Dessutom kan sådana hälsoundersökningar medföra höga kostnader och resultera i minskade möjligheter att åtgärda ohälsosamma levnadsvanor. Rekommendationen är därför att välja vad som ska ingå i kartläggningen utifrån en avvägning av tester- nas för- och nackdelar. I dessa riktlinjer ges enbart förslag på vetenskapligt kvalitetssäkrade enkäter inom vissa områden. För en översikt av bedömning av psykisk (o)hälsa hänvisas till Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen och för fysiska utredningar och laboratorietester hänvisas till befintliga medicinska riktlinjer. För att säkerställa kvaliteten på hälsoundersökningar utformades år 2014 en europeisk konsensus om kvalitets- kriterier för hälsoundersökningar:

- 1.** Definiera syftet med kartläggningen – inklusive 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 dess möjliga resultat.
- 3.** Ge information om enkäterna/testerna, protokol- len, alternativa tester och eventuella risker. Använd riktlinjer/protokoll vid genomförandet av enkäterna/testerna och vid analys av resultatet.
- 4.** Specificera referensvärden för positiva och nega- tiva testresultat.
- 5.** Delge resultaten (samt eventuell osäkerhet vid mätningen) och tolkningen av dem.
- 6.** Rekommendera insatser för att minska risken för ohälsa på grund av ohälsosamma levnadsvanor
- 7.** Respektera nationella/europeiska lagar som rör insamlade data.

Anpassad från *Quality criteria for health checks: a Euro- pean consensus agreement*.

Steg 2 Kartläggning av levnadsvanor på individnivå

Efter planering och förankring börjar kartläggning- en av levnadsvanorna. Här nedan följer en översikt av olika kvalitetssäkrade enkäter för att kartlägga levnadsvanor både på individ- och arbetsplats-/orga- nisationsnivå. Om fler levnadsvanor ska undersökas kan de olika enkäterna sättas ihop. Det påverkar inte validiteten så länge man använder hela enkäten och behåller ordningsföljden på frågorna. Enkäterna har valts ut för att identifiera dem som har störst nytta av att förbättra sina levnadsvanor. Om andra enkäter används är rekommendationen att enbart använda sådana som är validerade.

Översikten ger också information om hur svaren ska analyseras och resultaten tolkas. Resultaten kan sammanställas på individ-, grupp- och verksamhets- nivå. När resultaten på grupp- och verksamhetsnivå sammanställs beräknas den procentuella andelen av de anställda med en viss (o)hälsosam levnadsvana. Det finns inga normalvärden på grupp- och verk- samhetsnivå som man kan jämföra de resultaten med. Däremot kan företagshälsan stödja verk- samhetsledningen med att sätta realistiska mål för förändringar.

Om kartläggningen visar att det finns anställda med ohälsosamma levnadsvanor så riktas insatser för hälsosamma levnadsvanor till de enskilda per- sonerna (se sid. 17–23), till hela verksamheten eller vissa grupper (se sidor 30–35). Vid behov kan vidare utredningar göras, till exempel kompletterade medi- cinsk utredning. Till dem som inte har ohälsosamma

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

- Levnadsvanor – matvanor, alkoholbruk, tobaks- vanor, stillasittande och fysisk aktivitet
- Motivation till att förändra levnadsvanor
- Individens bakgrund – kön och ålder, upplevd hälsa, medicinsk historia, aktivitetsbalans
- Stress och sömn (se Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen)
- I vissa fall kompletterade kliniska kontrol- ler – längd, vikt, midjemått, socker, kolesterol, blodtryck, etc.

levnadsvanor ges stöd för att behålla de hälsosamma levnadsvanorna.

Det finns ett antal hälsoundersökningar på marknaden som kartlägger bland annat levnadsvanor. När de genomförs är det viktigt att de innehåller validerade frågor, att enkäterna används i sin helhet, att ordningsföljden på frågorna behålls och att de kombineras med de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer. Ett exempel på hälsoundersökning som innehåller validerade enkäter är bland annat Hälsoprofilbedömning™.

Kartläggning av matvanor

För att kartlägga matvanor rekommenderas Socialstyrelsens indikatorfrågor om mat (bil 2). Frågorna handlar om intag av grönsaker och/eller rotfrukter, frukt och/eller bär, fisk eller skaldjur samt kaffebröd/godis/chips/läsk. Dessutom ingår en fråga om frukostvanor. Frågorna är baserade på de nordiska näringsrekommendationerna och utarbetade av Livsmedelsverket utifrån kunskap om aktuella matvanor i befolkningen. Frågorna och mer detaljerad information kan laddas ner från Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se).

Frågan om frukost ingår inte i kostindexet, men utvärderas separat eftersom den är ett grovt mått på bra matvanor i övrigt. Socialstyrelsen understryker vikten av att riskvärderingen bygger på en sammantagen värdering av svaren på samtliga frågor. De rekommenderar särskild uppmärksamhet på individer som har låga poäng, sällan äter frukost och samtidigt har övervikt eller fetma.

Baserat på de fyra första frågorna beräknas ett kostindex:

- Varje svarsalternativ ger 0–3 poäng
- Svaren summeras till en totalpoäng som varierar mellan 0–12 poäng
- Ett kostindex på 0–4 bedöms som ohälsosamma matvanor – och det finns en stor förbättringspotential
- Ett kostindex på 9–12 bedöms som hälsosamma matvanor – individen följer i stort sett kostråden

För en översikt av effektiva insatser för att främja hälsosamma matvanor på individnivå hänvisas till sid. 18–19.

Kartläggning av alkoholbruk

För att kartlägga alkoholbruk rekommenderas frågeformuläret Alcohol use disorders identification test (AUDIT) (bil 3) eller den kortare version AUDIT-C. Båda är utvecklade av Världshälsoorganisationen, WHO. AUDIT är ett väletablerat och vetenskapligt kvalitetssäkrat frågeformulär för att identifiera riskkonsumtion, skadlig konsumtion och alkoholberoende. Det är dock inget diagnostiskt instrument och kan därför inte användas för att ställa diagnos om skadligt bruk eller alkoholberoende. Formuläret tar mindre än fyra minuter att fylla i, är gratis att ladda ned (inklusive manual) och finns bland annat på Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se).

För att undvika stigmatisering är det en fördel att använda AUDIT i kombination med andra livsstilsfrågor om exempelvis matvanor och fysisk aktivitet. Att informera om vad AUDIT mäter och att svaren inte får några negativa konsekvenser (att ingen annan får reda på resultatet) ökar träffsäkerheten.

AUDIT består av tre delskalor (konsumtion, skadligt bruk och beroende). De tre första frågorna belyser konsumtionen (frekvens, kvantitet och berusningsdrickande). De kan användas som en kortversion för alkoholscreening och kallas då för AUDIT-C. AUDIT-C ingår ofta i frågeformulär om levnadsvanor. AUDIT-C är också validerat och används internationellt. AUDIT-C kan användas för en första kartläggning av alkoholkonsumtion. Rekommendationen är dock, om det är möjligt, att använda hela AUDIT-formuläret som består av alla 10 frågorna.

Att poängen indikerar riskkonsumtion innebär inte med säkerhet att individen dricker problematiskt. Försök att få den enskilde att reflektera över sin konsumtion och använd gärna pildiagrammet (bil 4) för att på ett pedagogiskt sätt visa var poängen hamnar. Fråga till exempel: ”Dina poäng hamnar här, vad tänker du om det?”

Vid tecken på riskabla eller problematiska alkoholvanor eller om individen själv önskar det erbjuds ytterligare bedömning med uppföljning och laboratorieprover, se Riktlinjer för tidiga insatser vid

alkoholproblem på arbetsplatsen.

För en översikt av effektiva insatser för att reducera alkoholkonsumtion på individnivå hänvisas till sid. 19–20.

I AUDIT ingår 10 frågor som belyser konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador. Svaren delas in i risknivåer efter poäng:

- Frågorna 1 – 8 kan ge 0, 1, 2, 3 eller 4 poäng och frågorna 9 – 10 ger 0, 2 eller 4 poäng.
- Svaren summeras till en totalpoäng mellan 0 – 40 poäng
- ≥ 6 poäng för kvinnor och ≥ 8 poäng för män indikerar riskabla alkoholvanor

Svaren kan också delas in enligt följande:

- 6–13 poäng för kvinnor och 8–15 poäng för män indikerar riskabla alkoholvanor
- 14–17 poäng för kvinnor och 16–19 poäng för män – indikerar på problematiska alkoholvanor.
- ≥ 18 poäng för kvinnor och ≥ 20 poäng för män – indikerar på mycket problematiska alkoholvanor.

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 (man), respektive ≥ 4 (kvinna) poäng erbjuds screening med hela AUDIT-10 frågor.

Kartläggning av tobaksvanor

För att kartlägga tobaksvanor rekommenderas Socialstyrelsens tobaksindikatorfrågor (bil 5). Frågorna är standardiserade och bygger på frågor som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten. För att förenkla och minska antalet frågor om tobak mäts tobakskonsumtionen i cigaretter per dag och snusdosor per vecka. 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 man aldrig har rökt eller snusat kommer först i enkäten för att markera att

Enligt Socialstyrelsen definieras rökning som dagligrökning. De olika svarsalternativen för dagligrökare bygger på riskökningen vid ökad cigarettkonsumtion.

- De individer som har varit rök- eller snusfria ≥ 6 månader räknas som mer stabilt tobaksfria och har mindre risk för återfall.
- De individer som svarar att de röker, snusar och/eller känner oro för sin hälsa med anledning av tobakskonsumtionen bör erbjudas stöd att förändra sina vanor.

det är det alternativet som värderas högst.

För en översikt av effektiva insatser för att främja rökstopp på individnivå hänvisas till sid. 20–21.

Kartläggning av fysisk aktivitet och stillasittande

För att bedöma om en person är otillräckligt fysiskt aktiv kan man antingen ställa frågor om fysisk aktivitetsnivå eller objektivet mäta den fysiska aktivitetsnivån/personens kapacitet. Nedan följer en översikt av metoder för att kartlägga fysisk aktivitet vid en hälsoundersökning. För ytterlig information hänvisas till kapitlet Bedöma och utvärdera fysisk aktivitet i boken *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (FYSS 2015 se www.fyss.se).

Socialstyrelsen definierar otillräcklig fysisk aktivitet som den aktivitet som är mindre än 150 minuter/vecka (måttlig intensitet) och/eller mindre än 75 minuter/vecka (hög intensitet).

Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet

För att på ett enkelt sätt hitta dem som är otillräckligt fysiskt aktiva rekommenderas Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet, som är metodprövade när det gäller reliabilitet och validitet. Frågorna är utformade för att mäta den totaltid per vecka som individen är fysiskt aktiv på en hälsofrämjande nivå. Den ena frågan handlar om fysisk träning (aktiviteter med hög intensitet) och den andra om vardagsmotion (aktivitet med måttlig intensitet), se bil. 6. För att även kunna mäta stillasittande har en fråga om detta lagts till. De tre frågorna är enkla att besvara eftersom de har fasta svarsalternativ.

Viktigt att tänka på:

- Socialstyrelsens frågor räknas samman och målet är att uppnå 150 aktivitetsminuter per vecka, i enlighet med de rådande rekommendationerna om fysisk aktivitet för god hälsa. När resultaten vägs samman räknas tiden i aktiviteter på hög intensitet dubbelt.
- Vad gäller frågan om stillasittande finns inga tydliga gränsvärden oavsett annan fysisk aktivitet. Rekommendationen är att långvarigt stillasittande bör undvikas. Regelbundna korta pauser ("bensträckare") med

- någon form av muskelaktivitet under några minuter rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden. Detta gäller även dem som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet.
- I likheten med risken för långvariga "statiska" sittande positioner, så bör också lånvariga "statiska" stående arbetsställningar undvikas.
- Flera studier visar att de individer som är minst aktiva har mest att vinna på att öka sin aktivitetsnivå.

Rörelsemätare

Generellt ger objektiva metoder, som rörelsemätare, en sannare bild av fysisk aktivitet än självrapporterade metoder, som enkäter. Ett vanligt sätt att mäta och stimulera till fysisk aktivitet är stegräknare. Stegräknare är en förhållandevis enkel och billig metod för att kartlägga den fysiska aktiviteten både på individ- och gruppnivå och de finns i en mängd olika utföranden och med olika kvalitet. Om stegräknare ska användas på gruppnivå är det viktigt att alla har likadana mätare.

Rekommendationen är att gå minst 7500 steg per dag ju mer är desto bättre.

Konditionstest

Konditionstest på cykelergometer är ett standardiserat sätt att beräkna maximal syreupptagning och ingår ofta i olika typer av hälsoundersökningar. Testet kräver tillgång till cykelergometer, pulsmätare, stoppur och Borgs skala för upplevd ansträngning (Borg RPE skalan®). Resultatet presenteras i maximal syreupptagning liter O₂/minut och testvärde ml O₂/(kg x minut). För att beräkna och värdera resultatet krävs tabeller eller programvara. I samband med konditionstestet bör frågor om motion/träning, tobak och eventuell hjärtkärl-medicinering ställas. Frågorna används som ett underlag för val av effekt, för tolkning av resultatet och vid uppföljande tester.

Den mest använda testmetoden är Åstrandtestet. Det har hög reliabilitet, vilket gör upprepande mätningar på samma person till ett bra sätt att följa

konditionsutveckling. År 2012 lanserades Ekblom Bak-testet. Både Åstrandtestet och det nya Ekblom Bak-testet är submaximala. Testtiden 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. Istället kan maximal syreupptagning beräknas utifrån Borg RPE-skalan® och effekt.

Maximal syreupptagning och testvärde kan värderas ur ett hälsoperspektiv, jämfört med befolkningen och generellt i arbetslivet. De individuella resultaten kan sammanställas till gruppsresultat med möjlighet till fördjupade rapporter för exempelvis avdelning, yrke, kön och ålder. Informationen kan utgöra ett underlag för ett strategiskt hälsoarbete.

För en översikt av effektiva insatser för att främja fysisk aktivitet och minska stillasittande på individnivå hänvisas till sid. 21–23.

Steg 3 och 4. Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor på individnivå

När kartläggningen är genomförd återkopplas resultaten till individen. Resultaten bör diskuteras både med dem som följer gällande rekommendationer och de som inte följer dem. Svaren på enkäten är ett bra underlag för en diskussion om levnadsvanornas betydelse för upplevelse av hälsa och eventuell risk för ohälsa. Det är viktigt att anpassa samtalet till individuella preferenser. Nedan beskrivs insatser som stödjer förbättrade levnadsvanor genom att till exempel väcka motivation till förändring. Valet av insatser baseras på bästa tillgängliga evidens och

systematiska kunskapssammanställningar såsom Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.

Alla insatserna innehåller någon form av rådgivning. Nivån på rådgivningen varierar för de olika levnadsvanorna. Inför planeringen och genomförandet av rådgivningen är det viktigt att fastställa vilken kompetens som den kräver. Om kompetensen för en viss typ av rådgivning saknas i företagshälsan så kan personen remitteras/hänvisas till andra enheter.

Främja hälsosamma matvanor på individnivå

I överensstämmelse med Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 och internationella systematiska kunskapsöversikter rekommenderas rådgivning eller samtal för att stötta personer med ohälsosamma matvanor. Den största effekten har kvalificerat rådgivande samtal. Forskningen visar också lovande resultat för grupprådgivning.

Kvalificerat rådgivande samtal för att främja hälsosamma matvanor

Kvalificerat rådgivande samtal är en stödjande dialog med individen om dennes upplevelse av sina matvanor där hänsyn tas till personens egen motivation till förändring. När kvalificerat rådgivande samtal genomförs rekommenderas att samtalet ska ha en teoretisk grund samt vara välstrukturerat. Exempel på en sådan grund är kognitiv beteendeterapi (KBT), motiverande samtal eller transteoretisk modell (TTM). Det är viktigt att personalen som ger kvalificerat rådgivande samtal har kompetens i den metod som används samt inom ämnesområdet mat.

I korta drag förutsätter KBT att beteenden är inlärd och kan läras om med hjälp av kognitiva och beteendemässiga tekniker. KBT fokuserar både på externa faktorer, till exempel omgivningsstimuli, och inre faktorer som tankar och känslor. Det finns evidens för positiva effekter på matvanor med KBT som genomförs under en kort (<6 månader), mellanlång (6–12 månader) eller lång (>12 månader) tidsperiod. 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 positivt

uppmärksamma uppfyllda delmål för att höja personens self-efficacy som är viktigt vid beteendeförändring.

Evidens finns också för motiverade samtal, särskilt i kombination med KBT och TTM. Motiverande samtal är en klientcentrerad och målstyrande strategi för att underlätta beteendeförändringar genom att höja den inre motivationen för den specifika förändringen. Behandlaren i motiverande samtal stöttar personen att utforska sina egna tankar, känslor och värderingar med fokus på det positiva kring den specifika förändringen. Motiverande samtal är särskilt användbart för att öka motivationen.

I samtalet bör hänsyn tas till hur arbetet och verksamhetens arbetsmiljö och organisation påverkar den anställdas matvanor – som skiftarbete eller oregelbunden arbetstid. Arbetsmiljön kan erbjuda många möjligheter till att främja hälsosamma matvanor, till exempel tillgång till kök och utrustning för att laga eller värma en hälsosam lunch. För en översikt av insatser för att främja hälsosamma matvanor inom arbetsmiljön och organisationen se sid. 31–32.

Ett kvalificerat rådgivande samtal:

- Innebär en stödjande dialog i 30–60 minuter som upprepas vid flera tillfällen.
- Innebär att arbetsverktyg såsom broschyrer, portionsguide, matdagbok och recept kan användas.
- Anpassas till den enskilde personen, till exempel till dennes ålder, hälsa och risknivå.
- Visar respekt för individens autonomi. Rådgivaren lyssnar uppmärksamt, förmedlar acceptans och visar tilltro till individens förmåga.

De nordiska näringsrekommendationerna bör ligga till grund för kostrådgivningen (NNR 2012). Livsmedelsverket utgår från NNR 2012 och befolkningens matvanor när de utformar de allmänna kostråden, se Livsmedelsverkets hemsida (www.slv.se). Nya dieter kan snabbt få ett stort massmedialt genomslag, men kan inte rekommenderas i rådgivning så länge de inte är vetenskapligt utvärderade med positivt resultat. För riskgrupper finns specifika rekommendationer såsom SBU-rapporten Mat vid fetma. En systematisk litteraturoversikt och Socialstyrelsens broschyrer Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården. Dessutom är

Vägledning för dem som ska ge råd om matvanor

- Webbutbildning för samtal om matvanor. Utbildningen hittas på www.socialstyrelsen.se samt på www.livsmedelsverket.se
- Broschyr Samtal om matvanor – strukturerat arbete inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin. Broschyren kan laddas ned via www.fhvforskning.se
- Information om MI- och KBT-utbildningar hittas på www.folkhalsomyndigheten.se

det viktigt att ta hänsyn till skiftarbete och hur detta påverkar matvanor (se till exempel artikeln Rätt mat vid rätt tid ger skiftarbetare en bättre hälsa).

Stödja individer att minska alkoholkonsumtionen

Evidensen från internationella och nationella studier rekommenderar att anställda med riskkonsumtion erbjuds kort rådgivning för att stödja en konsumtionsförändring. Screening med AUDIT och en efterföljande kort rådgivning har visat sig minska alkoholkonsumtion och alkoholrelaterad dödlighet/sjuklighet. Screening och kort rådgivning, som benämns Screening and Brief Intervention (SBI), kan kombineras med provtagning med markörer som påvisar eventuell riskkonsumtion (CDT/Peth).

Exempel på modeller som är utvecklade med utgångspunkt i ovanstående rekommendationer är Riskbruksmodellen och 15-metoden (www.riddargatan1.se), som redan nu ofta används inom företagshälsan. Bland unga vuxna med riskbruk kan webb- och datorbaserad rådgivning ha goda effekter.

Ibland finns det ett samband mellan en persons alkoholkonsumtion och stress eller psykisk ohälsa. Då kan det vara motiverat att även göra en bedömning av individens psykiska hälsa (se Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen).

Kort rådgivning för att stödja individer med riskkonsumtion

En kort rådgivning kan bestå av korta, strukturerade samtal eller längre sessioner som inkluderar

motiverande strategier såsom motiverande samtal. Båda syftar till att stödja en persons önskan om minskad alkoholkonsumtion och kan utföras av personal utan specialistutbildning i beroendefrågor – till exempel företagssköterskor, beteendevetare/ psykologer eller företagsläkare. Vanligtvis består den korta rådgivningen av sessioner på 10–15 minuter. Kort rådgivning ska vara kort, samtalet ska handla om alkoholvanorna och dess risker samt hur den anställde tänker om dem. Ta gärna upp hur alkoholkonsumtionen kan påverka arbetet.

För att få en struktur på ett rådgivande samtal kan de rekommendationer som samlas under akronymen FRAMES användas. FRAMES sammanfattar de olika komponenterna i kort rådgivning:

FEEDBACK Ge återkoppling och erbjud information.

RESPONSIBILITY Personen har själv ansvar för beslut om förändring och hur den ska genomföras.

ADVICE Erbjud stöd för självreflektion samt sakkunniga råd när det är lämpligt.

MENU Erbjud alternativa strategier för att minska alkoholkonsumtionen.

EMPATHY Ha ett empatiskt, förstående och reflekterande förhållningsätt.

SELF-EFFICACY Uppmuntra och stärk personens tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring.

Ett arbetsverktyg som kan användas vid kort rådgivning är Time line follow back, TLFB. TLFB är en inventering av alkoholkonsumtionen där personen fyller i sin alkoholkonsumtion för exempelvis de senaste 14 dagarna. Andra liknande arbetsverktyg är: alkoholdagbok, alkonacka, dryckesdagbok, alkoholinventering med flera. Inventeringen hjälper till att medvetandegöra personens om hans eller hennes dryckesbeteende och kan vara ett gott stöd för att få syn på mönster och vanor. Om rådgivaren träffar personen flera gånger så kan TLFB fungera både för monitorering (att följa konsumtionen över tid) och som samtalsunderlag. För mer detaljerad information om TLFB hänvisas till Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se).

Provtagning

Som komplement till kort rådgivning kan provtag-

ning erbjudas. Provtagningen kan användas för att identifiera en förhöjd och skadlig konsumtion av alkohol, men också för att ge återkoppling till individen som motivation till förändring av sina alkoholvanor. Proverna som rekommenderas är i första hand CDT (kolhydratfattigt transferrin) och/eller PEth (fosfatidyletanol). CDT har hög specificitet för alkohol, men något lägre sensitivitet. PEth har både hög specificitet och hög sensitivitet. Provsvaren ger ett nuläge och är mycket värdefulla för att följa ett förlopp (se bilaga 7 för mer information om biologiska markörer).

Webb- och datorbaserad rådgivning

Ett alternativ eller komplement till traditionell rådgivning är rådgivning via webb och dator. Webb-/datorbaserad rådgivning har visat sig vara speciellt effektiv för unga vuxna med riskbruk. Fördelen med webbaserad rådgivning är att den når anställda som är svåra att nå med traditionell rådgivning. Servicen är även tillgänglig dygnet runt och är anonym. Webbaserad rådgivning finns till exempel på www.riddargatan1.se eller www.alkoholhjalpen.se.

Hjälpmedel för rådgivning vid riskbruk

Broschyrer.

Ett nytt sätt att tänka på alkohol

(www.folkhalsomyndigheten.se)

Alkonacka (www.folkhalsomyndigheten.se)

Alkoholinventering (TLFB) (www.socialstyrelsen.se)

Riktlinjer för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen (www.fhvforskning.se)

Samtal om alkohol -strukturerat arbete inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin (www.fhvforskning.se)

Hjälplinjen

Alkohollinjen för rådgivning via telefon 020-84 44 48.

Stödja individer att sluta röka

Internationella och nationella studier rekommenderar kvalificerad rådgivning (individuellt eller i grupp) för att stödja dem som vill sluta röka. Det finns evidens för att kvalificerad rådgivning leder till

att fler slutar röka än om ingen åtgärd genomförs. Det finns även bevis för att kvalificerad rådgivning i grupp är mer effektivt än självhjälp eller en mindre intensiv rådgivning. Det är dock oklart om grupp- eller individuell rådgivning är mest effektivt. Slutligen finns det evidens för proaktiv telefonrådgivning. Ibland finns det ett samband mellan rökning, stress och psykisk ohälsa och det kan då vara motiverat att göra en bedömning av individens psykiska hälsa (se Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen).

Kvalificerat rådgivande samtal specifikt inriktat på tobaksbruk

Kvalificerat rådgivande samtal är en stödjande dialog med personen som anpassats till dennes ålder, hälsa, risknivå med mera. Kvalificerat rådgivande samtal ges av någon som har kompetens i både samtalsmetod och ämnesområdet. Kvalificerad rådgivning kan ges individuellt eller i grupp och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel, exempelvis läkemedel.

Forskning visar att motiverande samtal är mer effektivt för att sluta röka än kort rådgivning och den hjälp som vanligen ges inom vården. Motiverande samtal är en klientcentrerad och målstyrande strategi för att underlätta beteendeförändringar genom att höja den inre motivationen för den specifika förändringen.

En systematisk kunskapsöversikt om motiverande samtal har visat att sessioner som var kortare än 20 minuter var mer effektiva än sessioner som var längre än 20 minuter. En förklaring till detta kan vara att en enda kort session av motiverade samtal är tillräcklig för att öka en persons motivation att sluta röka. Är samtalet längre kan individen förlora fokus på sitt mål snarare än att öka motivationen. Det optimala antalet sessioner eller uppföljande samtal är inte klarlagt.

Proaktiv telefonrådgivning

Forskning visar att proaktiv telefonrådgivning är effektivt för att stödja rökare som söker hjälp för att sluta röka. Proaktiv telefonrådgivning ges av en person som är utbildad i att ge råd per telefon. Skriftligt material och rådgivning om läkemedel kan ingå. Personen tar själv initiativet och ringer upp en bemannad telefonlinje för att få hjälp och stöd. För

Kvalificerat rådgivande samtal – individuellt

- Stödjande dialog mellan personal och individ om individens tobaksbruk
- Anpassat till den specifika personens ålder, hälsa, risknivåer m.m.
- Vanligen teoribaserat eller strukturerat, t.ex. motiverande samtal
- Vid upprepade tillfällen skatta motivation för att sluta röka, hjälp med att identifiera högrisksituationer och problemlösande strategier för att hantera dessa och allmänt stöd.

Kvalificerat rådgivande samtal – grupp

- Kvalificerat rådgivande samtal med socialt stöd genom diskussion och erfarenhetsutbyte med andra.
- Vanligen teoribaserat eller strukturerat, t.ex. motiverande samtal

Anpassad från Socialstyrelsen, 2011

Stödmaterial för att arbeta med rökavvänjning

- Broschyren *Rökavvänjning inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin*, kan laddas ner via www.fhvforskning.se.
- *En handledning för tobaksavvänjning* Agneta Hjalmarsen.
- Broschyren *Tobaksfritt arbetsliv. Idéskrift för arbetsgivare*. Folkhälsomyndigheten.

att telefonrådgivningen ska betecknas som proaktiv ringer sedan behandlaren upp personen minst en gång för att följa upp rådgivningen och ge ytterligare stöd. Det finns idag inget bevis för hur många samtal som är optimalt, men det finns vissa bevis för en dos-respons där tre eller flera samtal ökar chanserna för att sluta röka jämfört med till exempel självhjälpsmaterial av standardtyp. Telefonnummer till Slutaröka-linjen är 020-84 00 00 (www.slutarokalinjen.org).

Läkemedelsbehandling

Forskning visar också att en kombination av rådgivning med läkemedelsbehandling kan öka chanserna att sluta röka. Rökare uppmuntras därför att använda båda typerna av stöd. Läkemedel kan göra rökstoppet mindre besvärligt och öka chansen att lyckas. Innan läkemedel förskrivs bör man ta hänsyn till individens avsikt, motivation att sluta och hur sannolikt det är att personen kommer att följa behandlingen. Dessutom bör det också övervägas vilka insatser individen föredrar, om han/hon tidigare har försökt att sluta (och hur) samt om det finns medicinska skäl till att inte förskriva läkemedel.

För en detaljerad beskrivning av läkemedelsdo-

sering hänvisas till broschyren Om att arbeta med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: Rökavvänjning inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 är det kostnadseffektivt att i första hand välja nikotinläkemedel, såsom nikotinplåster eller nikotintuggummi. Individer med långvarigt beroende av nikotinläkemedel kan bli hjälpta av vareniklin (Champix) eller bupropion (Zyban).

Främja fysisk aktivitet på individnivå

Nationella riktlinjer och internationella studier rekommenderar rådgivning med tillägget Fysisk aktivitet på recept (FaR®) eller stegräknare 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 2015 – www.fyss.se). I FYSS ges bland annat vägledning till att hitta den typ och dos av fysisk aktivitet som är mest lämplig utifrån varje individs särskilda behov och mål. I denna inkluderas även information om rekommenderad fysisk aktivitet för att minska

risk för depression och stressrelaterad ohälsa. Information kring fysisk aktivitet och arbetsrelaterade belastningsbesvär finns i Arbetsmiljöverkets kunskaps sammanställning Fysisk aktivitet och träning – möjlig prevention av arbetsrelaterade belastningsbesvär (www.av.se).

Rådgivande samtal för att främja fysisk aktivitet

Forskning visar att rådgivande samtal med tillägg av FaR® eller stegräknare är effektivt för ökad fysisk aktivitet. Rådgivande samtal bör ta 10–15 minuter, men kan ta upp till 30 minuter och effektivitet har visats för minst två samtal. Det finns ingen evidens för att effekten påverkas av sättet som det rådgivande samtalet ges på, till exempel genom rådgivning face-to-face eller att fler träffar har en större effekt. Men att komplettera rådgivningen med till exempel stegräknare eller information om möjligheter till fysisk aktivitet har visats vara viktigt.

I rådgivningen bör även hänsyn tas till möjligheten att mer allmänt främja fysisk aktivitet och minska stillasittandet under arbetsdagen. Det kan handla om att uppmuntra till exempel anställda att gå eller cykla en del av vägen till jobbet, att gå på gemensamma lunchpromenader, att ta trappor istället för hiss och att använda friskvårdstimme om den erbjuds. Sådana aktiviteter är speciellt viktiga för dem som har ett stillasittande arbete.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Individuella råd kan även förstärkas med hjälp av förskrivning av Fysisk aktivitet på recept (FaR®). Detta innebär en individanpassad skriftlig ordination, eventuellt med tillägg av stegräknare. Folk-

hälsomyndigheten rekommenderar FaR® för att hjälpa individer med låg fysisk aktivitet att öka sin aktivitet och för individer som har risk för att utveckla sjukdomar på grund av fysisk inaktivitet. Ordination får göras av legitimerad personal (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter) som har kunskap om individens aktuella hälsoläge samt kunskap om hur fysisk aktivitet kan användas både preventivt och behandlande.

Personalen bör även ha kunskap om motiverande samtal. Mer detaljerad information om FaR kan hämtas från Folkhälsomyndighetens bok FaR®. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet (www.folkhalsomyndigheten.se).

I ordinationen ges förslag på fysisk aktivitet som är lämplig beroende på personligt intresse samt livs- och arbetssituation. Den kan också innehålla förslag på hur fysisk aktivitet kan inkluderas i arbetsdagen, till exempel att cykla till jobbet, ta trapporna istället för hissen, använda friskvårdstimmen och så vidare.

Stegräknare

Rådgivande samtal som kombineras med självmonitorering med hjälp av stegräknare har visat sig vara en framgångsfaktor. Stegräknare ger återkoppling som syftar till att motivera individer att öka sin fysiska aktivitet. Stegräknare främjar självförtroende genom att fokusera på promenader eller löpaktiviteter som är lätta att genomföra. En stegräknare kan underlätta målformulering och göra det möjligt att vara flexibel i mängden och planeringen av fysisk aktivitet. Genom självmonitorering kan individen jämföra sin fysiska aktivitet med uppställda delmål och huvudmål, något som i sin tur kan stärka motivationen till fortsatt aktivitet. Stegräknaren kan

Följande har visats förhöja effektiviteten av rådgivande samtal om fysisk aktivitet

- Rådgivning till grupper med riskfaktorer för kroniska sjukdomar,
- rådgivning baserad på information från bedömningar av individens behov, motivation, nuvarande fysisk aktivitetsnivå och identifierade hinder för att vara fysisk aktiv,
- enkla, tydliga, specifika och realistiska råd,
- användning av samtalsmetoder, såsom motiverande samtal,
- tydliga kortsiktiga mål,
- betoning av vikten av interna motiverande faktorer, till exempel att vara fysisk aktiv för att må bättre och förbättra självförtroendet, samt
- användning av beteendeförändringstekniker såsom självmonitorering, socialt stöd och uppföljning.

fungera både som motivator och övervakning av aktivitet. Användningen av exempelvis belöningar kan öka motivationen ytterligare.

Stödja minskning av stillasittande på individnivå

Det finns idag inga rekommendationer om hur stillasittande under arbetstid kan minskas på individnivå. En ny systematisk Cochrane-kartläggning drog 2015 slutsatsen att det finns ett behov av högkvalitativa studier för att bedöma effekterna av olika interventioner gällande stillasittande under arbetstid. Det finns däremot många pågående studier som kan ändra den slutsatsen i en nära framtid. Den systematiska kartläggningen drog också slutsatsen att evidensen för rådgivning och information inte är entydig. En studie som inkluderades i kartläggningen visade att kvalificerad rådgivning minskade stillasittandet under arbetstid, men inte det totala stillasittandet under dagen. Pågående studier testar just nu om strategier som självmonitorering av stillasittande och så kallade prompts (att exempelvis ställa sig upp när telefon ringer) är effektiva för att minska stillasittande under arbetsdagen.

Steg 5 Utvärdering av insatser

För att fastställa vilka effekter insatserna fått behöver de utvärderas. Utvärderingen bör innehålla frågor som är relevanta för dem som ska använda utvärderingsresultaten. Dessutom kan utvärderingsprocessen bidra till kontinuerlig kvalitetsförbättring, identifiering av eventuella brister och en beskrivning av effektiviteten hos de resurser som investerats. Utvärderingen kan ske avseende effekt på både levnadsvanor och implementeringsprocessen. För mer detaljerad information om utvärdering hänvisas till boken Evidensbaserat folkhälsoarbete av L. Schäfer Elinder och L. Kwak (2014).

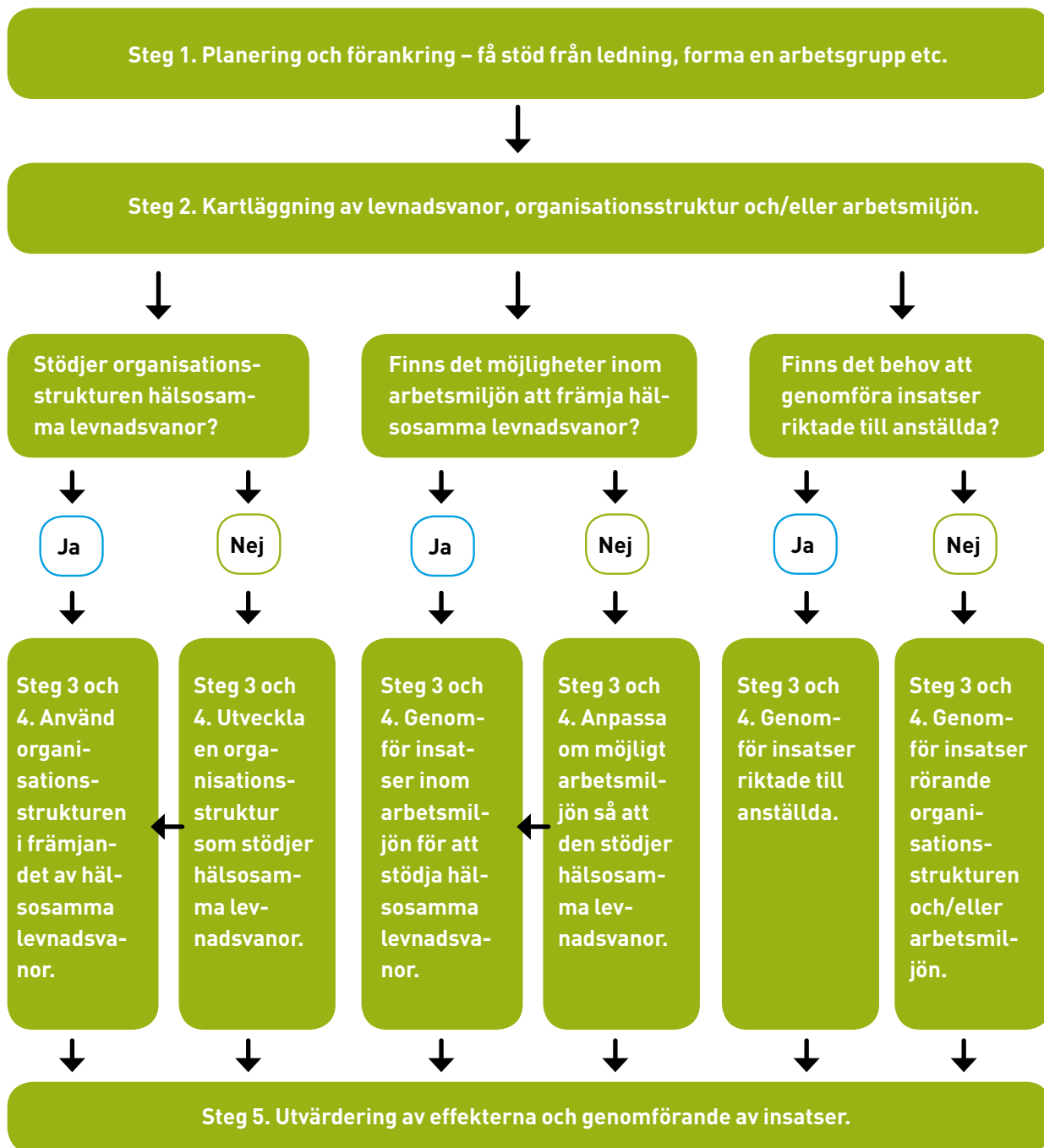
Förändringar i anställdas levnadsvanor

För att kunna följa förändringar i individers levnadsvanor upprepas samma frågor vid ett senare tillfälle. En jämförelse mellan minst två mätningar visar en möjlig förändring i levnadsvanor. För att utvärdera insatsen är det viktigt att den uppföljande mätningen genomförs kort efter att insatsen har avslutats och eventuellt efter ytterligare en tid för att se om effekten kvarstår.

Processutvärdering av insatsen

Genom att göra en så kallad processutvärdering samlas information om bland annat hur många anställda som inbjöds att delta, hur många som faktiskt deltog, insatsernas lämplighet, metodtrohet samt implementeringskostnader. Den informationen samlas in med hjälp av enkäter eller intervjuer.

Hälsoundersökning via arbetsplatsen organisations-/arbetsplatsinriktad



Flödesschema 2 Organisations-/arbetsplatsinriktad hälsoundersökning via arbetsplatsen

Steg 1 Planering och förankring

För ett framgångsrikt genomförande av en organisations-/arbetsplatsinriktad hälsoundersökning via arbetsplatsen krävs stöd och engagemang från ledningen och att arbetet är väl förankrat inom verksamheten. Vid den första kontakten med ledningen diskuteras projektplanen och där beskrivs följande: VARFÖR hälsoundersökningen genomförs (relatera till exempel till verksamhetens mål), VAD som ska göras, HUR det ska göras och VEM som ska driva processen. Dessutom är det viktigt att diskutera vem som äger resultaten. Projektplanen uppdateras under arbetsprocessen.

För att ytterligare stödja förankringsprocessen inom verksamheten rekommenderas ett participativt arbetssätt, till exempel genom att forma en särskild arbetsgrupp som kan bestå av representanter från ledningen, kommunikationsavdelning, HR, företagshälsan, facket och anställda. Vilka som bör ingå i gruppen beror på verksamhetens typ och storlek, men företrädesvis omfattas alla intressenter. Arbetsgruppen har en aktiv roll under hela genomförandet av hälsoundersökningen och det rekommenderas att de träffas regelbundet genom hela arbetsprocessen. I planerings- och förankringsarbetet är arbetsgruppen ansvarig för bland annat följande:

- Ta fram vilket syfte verksamheten har med att genomföra en organisations-/arbetsplatsinriktad hälsoundersökning. Det är viktigt att ta hänsyn till både arbetsplatsens/organisationens och de anställdas mål, vilka nödvändigtvis inte är samma.
- Fastställa budgeten, understryka att kartläggningarna inte genomförs utan efterföljande insatser.
- Bestämma vad som ska kartläggas: anställdas levnadsvanor, organisationsstrukturen och/eller ar-

betsmiljön? Det är inte alltid nödvändigt att utföra alla dessa kartläggningar samtidigt, en verksamhet kanske har en tydlig bild av vilka hälsosamma levnadsvanor som ska främjas och enbart vill kartlägga möjligheterna att främja dessa hälsosamma levnadsvanor genom organisationsstrukturen och arbetsmiljön.

- Besluta på vilket sätt kartläggningen ska ske, till exempel elektroniskt?
- Välja det mest lämpliga sättet att ge återkoppling till anställda/ledning.
- Utveckla en kommunikationsplan som håller verksamheten uppdaterad genom hela processen.
- Bestämma vilken information som ska samlas in för att kunna utvärdera måluppfyllelse och implementeringsprocess.
- Bestämma rutiner för kontinuerlig uppföljning. Utifrån uppföljningen anpassas eller ändras genomförda insatser vid behov.

När det inte är möjligt att forma en arbetsgrupp rekommenderas att involvera anställda på ett annat sätt i arbetsprocessen. Ett exempel är att skicka ut enkäter till anställda och fråga vad som ska främjas och på vilka sätt.

Steg 2 Kartläggning av organisation/arbetsplats

Efter att planeringen och förankringen är genomförd börjar kartläggningen. Det rekommenderas att anställdas levnadsvanor, arbetsplatsens organisationsstruktur och den fysiska och sociala arbetsmiljön kartläggs. Om en verksamhet redan har en tydlig bild av vilka levnadsvanor som ska främjas kan arbetsgruppen eller arbetsgivaren bestämma att endast kartlägga arbetsplatsens organisationsstruk-

Följande typer av frågor kan ingå i en kartläggning av organisation/arbetsplats

- Levnadsvanor – matvanor, alkoholbruk, tobaksvanor, stillasittande och fysisk aktivitet.
- Organisationens nuvarande policys och hur dessa följs upp.
- Incitament – finansiella, materiella och andra typer av incitament för att främja hälsosamma levnadsvanor.
- Allmänna uttalanden om organisationens, chefernas och arbetsgivarens stöd för deltagande i aktiviteter.
- som främjar hälsosamma levnadsvanor.
- Beredskap inom arbetsplats/organisation att genomföra hälsofrämjande insatser.
- Förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor, som till exempel tillgång till hälsosamma livsmedel, fysiska aktivitetsstrukturer (gång- eller löpsspår i närheten eller grönområden för träning samt tillgång till säker cykelparkering) och avspänningsrum för till exempel yoga.

tur och den fysiska och sociala arbetsmiljön.

Nedan ges en översikt av metoder som kan användas för att kartlägga förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor inom en organisation/arbetsplats. Metoderna är utvalda för att identifiera möjligheten att främja hälsosamma levnadsvanor i organisationsstrukturen och inom den fysiska och sociala arbetsmiljön. Kartläggningen görs genom enkäter eller observationer i verksamheten med hjälp av checklistor.

Översikten ger också information om hur resultaten tolkas och kan användas för planering av insatser. I tolkningen av kartläggningen är det viktigt att ta hänsyn till anställdas olika arbetsförutsättningar. Lastbilschaufförer och personliga assistenter har till exempel inte samma arbetsförutsättningar som många kontorsanställda, såsom tillgång till personalrestaurang och gym. Ändå är det viktigt att kartlägga förutsättningar i organisationsstrukturen och arbetsmiljön för att kunna genomföra insatser som är anpassade till anställdas specifika arbetsförutsättningar, till exempel kartlägga flexibilitet av lunchraster.

Om genomgången visar att det finns ett behov av att främja hälsosamma levnadsvanor och möjligheter att göra detta inom organisationsstrukturen och/eller den sociala och fysiska arbetsmiljön genomförs insatser riktade till organisationen/arbetsplatsen (se sid. 30–35).

Det finns ett flertal hälsoundersökningar för arbetsplatser och organisationer på marknaden. Det är viktigt att de innehåller validerade frågor, att enkäterna används i sin helhet och att ordningsföljden på frågorna bibehålls. Exempel på hälsoundersökningar som innehåller vetenskapliga säkerställda enkäter är Arbete och Hälsa i Arbetslivet, AHA. Det går bra att använda befintliga hälsoundersökningar med validerade enkäter och att kombinera dem med de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer.

Kartläggning av levnadsvanor på organisations-/arbetsplatsnivå

För att kartlägga levnadsvanor på organisations-/arbetsplatsnivå rekommenderas samma frågor som för att kartlägga levnadsvanor på individnivå (se sid. 14–17). Men resultaten sammanställs i där här fallet på grupp- och/eller verksamhetsnivå genom att beräkna hur stor procentuell andel av anställda

som har en (o)hälsosam levnadsvana. Det finns inga normalvärden på grupp- och verksamhetsnivå som man kan jämföra resultaten med. Företagshälsan kan däremot stödja arbetsgruppen med att prioritera vilka hälsosamma levnadsvanor som ska främjas och att sätta realistiska mål för förändringar.

Resultaten av kartläggningen är ett bra underlag för diskussion i arbetsgruppen eller med arbetsgivare om vilka områden som ska prioriteras. Diskussionen kan handla om levnadsvanornas betydelse för hälsoupplevelsen och eventuell risk för ohälsa samt även deras betydelse för verksamhetens mål, såsom minskad sjukfrånvaro.

Innan kartläggningen genomförs är det viktigt att bestämma hur resultaten ska återkopplas. Beslut behöver tas om de anställda ska få en individuell återkoppling och på vilka sätt – eller om resultaten av kartläggningen bara presenteras för verksamhetsledningen och arbetsgruppen på grupp- och verksamhetsnivå för att bilda underlag till planering av insatser. Modell för återkoppling utformas i dialog med arbetsgruppen.

Kartläggning av förutsättningar för hälsosamma matvanor

Det finns inga svenska validerade checklistor som kan rekommenderas för att kartlägga förutsättningar för hälsosamma matvanor inom organisationen/arbetsplatsen. Det finns däremot ett flertal validerade checklistor på engelska (för en översikt se bil. 8). Baserat på en systematisk översikt om inverkan av arbetsplatsmiljö och policy på matvanor i USA rekommenderas att fem områden kartläggs (kommunikationskanaler och hälsofrämjande program, policy och praxis, intern fysisk arbetsmiljö, intern social arbetsmiljö, extern fysisk och social arbetsmiljö) genom enkäter och/eller observation, se ruta på nästa sida.

Utifrån resultaten av kartläggningen diskuteras i arbetsgruppen – eller med arbetsgivaren – möjligheterna att främja hälsosamma matvanor, till exempel att ha mer flexibla lunch-/fika-raster.

Det finns några checklistor som används på nationell nivå med användbara frågor, till exempel Livsmedelsverkets checklista för nulägesanalys av maten på jobbet. Checklistan används som ett hjälpmedel för att göra en nulägesanalys av måltider, mat och dryck på arbetsplatsen. Den innehåller åtta

Kommunikationskanaler och hälsofrämjande program

- Tillgång till intranät (arbetsplatsen) och skyltar (affischer, flygblad, anslagstavlor) som uppmuntrar hälsosamma matvanor hos de anställda och som används för att upplysa om hälsofrämjande aktiviteter.
- Befintliga program som främjar hälsosamma matvanor på arbetsplatsen (seminarier, workshops)

Polycys och praxis

- Cafeteria/restaurang har rabatter på hälsosam mat
- Flexibla lunch-/fika-raster – tillräckligt med tid för att äta ordentligt, möjlighet att lämna arbetsplatsen för att få tillgång till hälsosamma livsmedel
- Incitament från arbetsgivaren för hälsosamma matvanor (t.ex. gåvor eller andra incitament)
- Hälsosam mat på möten och events - arbetsplatsen har avtal med företag som kan leverera hälsosam mat, frukt, grönsaker och hälsosamma drycker.
- Allmänt uttalande om att arbetsplatsen, chefen eller arbetsgivaren stödjer deltagande i fysiska aktivitetsinitiativ.
- En policy där hälsosamma alternativ ingår i arbetsplatsens personalsrestaurang, varuautomater etc.

Intern fysisk arbetsmiljö

- Tillgång till hälsosamma och nyttiga alternativ i t.ex. personalsrestaurang och varuautomater
- Tillgång till hushållsutrustning (t.ex. kylskåp, mikro- vågsugn)

Intern social arbetsmiljö

- Erbjudna hälsosamma alternativ för gemensamma måltider (t.ex. födelsedagar, fika, seminarier)
- Stöd och uppmuntran till hälsosamma matvanor från medarbetare

Extern fysisk och social miljö

- Tillgång till hälsosamma alternativ i närområdet
- Tillgång till olika typer av livsmedelsbutiker där anställda kan handla mat
- Tillgång till olika typer av restauranger i närområdet

Baserat på Physical Activity and Healthy Eating Domain Details, Review of Measures of Worksite Environmental and Policy Supports for Physical Activity and Healthy Eating, United States, 1991–2013

frågor, bland annat frågor om policy, lunch- och fikatraktioner, utbud när det gäller varu- eller dryckesautomater och tillgång till personalrestaurang. Om det är relevant kan checklistan kompletteras med en utvärdering av restauranger i närområdet utifrån Livsmedelsverkets mall för restaurangutvärdering. Checklistan och mallen är inkluderade i broschyren Bra mat på jobbet, vilken kan laddas ner från Livsmedelsverkets webbplats (www.livsmedelsverket.se)

Resultaten av kartläggningen kan bli en bra utgångspunkt för diskussion i arbetsgruppen eller med arbetsgivare om var fokus ska läggas för att främja hälsosamma matvanor och vilka möjligheter för detta som finns inom organisationen/arbetsplatsen.

För en översikt av effektiva insatser för att främja hälsosamma matvanor på organisations-/arbetsplatsnivå hänvisas till sid. 31–32.

Kartläggning av förutsättningar för att minska alkoholriskbruk

Det finns inga svenska validerade checklistor som kan rekommenderas för att kartlägga förutsättningar för minskat riskbruk av alkohol hos anställda på en organisation/arbetsplats. Det finns några checklistor som används på nationell nivå med frågor som kan användas, såsom Folkhälsomyndighetens frågor i broschyren *Alkohol- och narkotikaförebyggande insatser i arbetslivet. Lokalt arbete mot alkohol och narkotika*. De åtta frågorna syftar till att fastställa om ett alkohol- och narkotikapreventivt program uppfyller uppställda minimumkrav, exempelvis om det finns en skriven alkoholpolicy och även en handlingsplan kopplad till policyn. Frågeställningarna bör besvaras med ett ja. Om någon av frågorna besvaras med ett nej används detta som underlag för att förbättra det förebyggande alkohol- och narkotikaarbetet på arbetsplatsen.

För en översikt av effektiva insatser för att främja minskat alkoholriskbruk på organisations-/arbetsplatsnivå se sid. 32–33.

Frågorna är inkluderade i broschyren *Alkohol- och narkotikaförebyggande insatser i arbetslivet. Lokalt arbete mot alkohol och narkotika* som kan laddas ner från Folkhälsomyndighetens webbplats (www.folkhalsomyndigheten.se)

- Enkäterna med tillhörande instruktion (enkät-tobaksfritt-arbetsliv) kan laddas ner från Folkhälsomyndighetens webbplats (www.folkhalsomyndigheten.se)
- För en översikt av policyer om tobaksfri arbetsplats hänvisas till Folkhälsomyndighetens broschyren *Tobaksfritt arbetsliv – Ideskrift för arbetsgivare* (www.folkhalsomyndigheten.se)

Kartläggning av förutsättningar för att främja rökstopp

För att kartlägga olika möjligheter att främja rökstopp inom organisationen/arbetsplatsen rekommenderas Folkhälsomyndighetens tre enkäter om regler för tobaksbruk på arbetsplatsen. Enkäterna har arbetats fram i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, samt Stockholm stad och är testade. Enkäterna riktar sig till medarbetare

och chefer och ger bland annat information om tobaksbrukets omfattning, attityder till rökfri/tobaksfri arbetsmiljö, rökfri/tobaksfri arbetstid och behov av hjälp och stöd med tobaksavvänjning. Enkäterna används som underlag till planering av insatser samt utvärdering av arbetet.

Utifrån resultaten från kartläggningen diskuteras i arbetsgruppen hur en organisations/arbetsplats nuvarande policy och arbetsmiljö behöver anpassas så att den stödjer att de anställda slutar röka.

För en översikt av effektiva insatser för att främja rökstopp på organisations-/arbetsplatsnivå hänvisas till sid. 33–34.

Kartläggning av förutsättningar för att främja fysisk aktivitet

Det finns inga svenska checklistor som kan rekommenderas för att kartlägga möjligheterna att främja fysisk aktivitet inom organisationen/arbetsplatsen. Däremot finns ett flertal validerade checklistor på engelska (för en översikt se bil. 8). Baserat på en

Kommunikationskanaler och hälsofrämjande program

- Tillgång till intranät (arbetsplatsen) och skyltar (affischer, flygblad, anslagstavlor) som uppmuntrar anställda till att vara fysiskt aktiva och som används för att upplysa om hälsofrämjande aktiviteter.
- Befintliga program som främjar fysisk aktivitet på arbetsplatsen (träningsspass, seminarier, workshops)

Policyer och praxis

- Ekonomiskt stöd från arbetsgivaren för fysisk aktivitet (t.ex. träningskort och gym)
- Flexitid - policy som tillåter medarbetare att utföra fysisk aktivitet på arbetstid
- Incitament från arbetsgivaren för fysisk aktivitet (t.ex. gåvor eller andra incitament)
- Arbetsplatsen stöd till utmaningar/tävlingar, t.ex. stegräknartävlingar.
- Allmänt uttalande om att arbetsplatsen, chefen eller arbetsgivaren stödjer deltagande i fysiska aktivitetsinitiativ.
- Arbetsgivare samarbetar med andra (t.ex. lokala organisationer) för att förbättra hälsan

Intern fysisk arbetsmiljö

- Tillgång till fysiska aktivitetsmöjligheter (t.ex. gym, trä-

ningsmaskiner (löpband), områden avsedda för fysisk aktivitet)

- Tillgängliga trappor som är synliga, säkra och tillgängliga för alla
- Låsbara skåp/duschar som är tillgängliga och säkra.

Intern social arbetsmiljö

- Stöd och uppmuntran till fysisk aktivitet eller andra hälsosamma aktiviteter för medarbetare

Extern fysisk och social miljö

- Promenadvänligt området (trottoarer/gångvägar, trafik, säkerhet, tillgång till kollektivtrafik)
- Parkering (cykel/bil) - säkra områden för cyklar och möjlighet att parkera bilen längre bort för att öka promenadvståndet till arbetet.
- Möjlighet för aktiv pendling (cykelbanor, klädsåk och duschar)
- Gångavstånd till områden avsedda för fysisk aktivitet, rekreationsområden, parker etc.

Baserat på Physical Activity and Healthy Eating Domain Details, Review of Measures of Worksite Environmental and Policy Supports for Physical Activity and Healthy Eating, United States, 1991–2013

systematisk översikt avseende arbetsplatsmiljöns och policyns inverkan på fysisk aktivitet i USA, rekommenderas att fem områden kartläggs (kommunikationskanaler och hälsofrämjande program, policy och praxis, intern fysisk arbetsmiljö, intern social arbetsmiljö, extern fysisk och social arbetsmiljö) genom enkät och/eller observation se rutan på sid 29.

Utifrån kartläggningens resultat diskuteras i arbetsgruppen eller med arbetsgivaren olika möjligheter att främja fysisk aktivitet inom de skilda områdena, till exempel att främja lunchpromenader med kollegor om närområdet är promenadvänligt. Dessutom kan kartläggningen klargöra om det finns en låg kännedom om policy och incitament som till exempel friskvårdsbidrag. I arbetsgruppen bör då diskuteras på vilka sätt användning av exempelvis friskvårdsbidrag kan främjas.

För en översikt av effektiva insatser för att främja fysisk aktivitet och att minska stillasittande på organisations-/arbetsplatsnivå se sid. 34–35.

Steg 3 och 4. Insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor på organisations-/arbetsplatsnivå

När kartläggningen är klar återkopplas resultaten till arbetsgruppen och – beroende på vilken återkopplingsmodell man beslutat sig för – även till anställda och arbetsgivare. Enkätsvaren och observationen utgör ett bra underlag för diskussion om vilka möjligheter som finns i organisationen/arbetsplatsen att främja prioriterade hälsosamma levnadsvanor. Nästa steg är att arbetsgruppen gör en handlingsplan för genomförande och utvärdering av insatserna. Den inkluderar bland annat prioriterade områden, SMARTa mål, en beskrivning av insatser, tidsplan, nödvändiga resurser, roller och ansvarsområden samt en budget. Dessutom beskriver den hur insatserna ska utvärderas.

Viktiga punkter att tänka på i planering och genomförande av insatser:

- Integrera insatserna i det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM). Aktuella föreskrifter kan hittas på arbetsmiljöverkets webbplats (www.av.se).
- Anpassa insatserna till den särskilda arbetsplatsen/organisationen.
- Tillämpa en långsiktig vision med fokus på hållbarhet.

- Genomför insatserna stegvis över en längre period.
- Integrera insatserna med redan befintliga program eller policy.
- Avsätt tillräckliga resurser, inklusive personal och tid.

Nedan följer rekommendationer om effektiva insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor på organisations/arbetsplatsnivå utifrån rapporten *Effekter av hälsoundersökningar via arbetsplatsen* och ytterliga systematiska kunskapssammanställningar. I flera fall rekommenderas så kallade flernivåinsatser. Det är insatser som har flera komponenter och riktar sig till olika nivåer: anställda, social arbetsmiljö (till exempel kollegor), fysisk arbetsmiljö (till exempel tillgång till hälsosamma val) och organisationsstruktur (till exempel policy).

Vid genomförandet av flernivåinsatser är det viktigt att planera i vilken ordning insatserna genomförs och inom vilken tid. Ett sätt att bestämma ordningen är med hjälp av den så kallade transteoretiska modellen (Prochaska och DiClemente, 1983). Denna modell ser förändringsarbetet som en process som utvecklas i fem stadier (ej beredd, begrundande/osäker, förberedelse, handling och vidmakthållande). I varje stadium används de insatser som passar bäst för att frambringa den önskade beteendeförändringen.

- I första stadierna (ej beredd och begrundande/osäker) ligger fokus på personens medvetenhet om sitt beteende och hans/hennes motivation till att förändra det. Exempel på effektiva metoder i dessa två stadier är individanpassad information – till exempel återkoppling från kartläggningen av levnadsvanor och självmonitorering genom stegräknare eller dagbok – för att motivera en person att ändra sitt ohälsosamma beteende.
- I följande tre stadier (förberedelse, handling, vidmakthållande) har personen bestämt sig för att förändra sitt beteende, börjat ändra det och beteendeförändringen har blivit välgrundad. I dessa stadier behövs bland annat socialt stöd från exempelvis kollegor samt färdigheter och kunskap för att förändra beteendet. Effektiva metoder i dessa stadier är workshops, kompetensutveckling, tillgång till hälsosamma matvanor, policy etcetera.

Insatserna kan successivt genomföras efter de olika stadierna i den transteoretiska modellen riktade mot medvetenhet, motivation, attityder, färdigheter och självförtroende och samtidigt skapa möjligheter inom arbetsplatsen/organisationen för att kunna genomföra dessa beteendeförändringar. Viktigt är att genomföra insatserna över en längre period, åtminstone 3–6 månader.

Främja hälsosamma matvanor på arbetsplatsnivå

Individanpassad information och flernivåinsatser är de åtgärder som har starkast evidens för att främja hälsosamma matvanor på arbetsplatsen.

Individanpassad information om hälsosamma matvanor. Det finns olika sätt att ge individanpassad information om matvanor. Ett effektivt sätt är genom interaktiva verktyg som webbsidor, datorprogram och e-post. Med hjälp av dem kan en persons matvanor kartläggas och resultatet av kartläggningen kan användas för att ge personlig återkoppling och råd utifrån gällande rekommendationer. Livsmedelsverket har till exempel utvecklat Matvanekollens snabbtest. Det ger ett mått på hur väl en persons matvanor följer Livsmedelsverkets kostråd (finns på www.livsmedelsverket.se).

Flernivåinsatser för att främja hälsosamma matvanor. Det finns olika flernivåinsatser som har positiva effekter på matvanor. Nedan följer en översikt av sådana insatser. Utifrån kartläggningen av förutsättningar inom organisationen och arbetsmiljön och även verksamhetens behov väljer arbetsgruppen lämpliga insatser från listan nedan. Det rekommenderas, om möjligt, att genomföra insatser på flera olika nivåer.

Insatser riktade till anställda:

- Ge personlig/interaktiv återkoppling och rådgivning utifrån kartläggningen av matvanor.
- Organisera gruppträffar (tvåtimmars-utbildningssessioner) som syfte till att öka kunskaper och färdigheter om hälsosamma matvanor.
- Genomför informationsträffar och workshops med fokus på hälsosamma matvanor.
- Sprid affischer, broschyrer, inköpslistor och nyhetsbrev om hälsosamma matvanor. Dessa kan

till exempel hämtas från Livsmedelsverkets eller Folkhälsomyndighetens webbplatser.

- Skicka påminnelser om exempelvis den anställdes målsättning att äta den dagliga rekommendationen för frukt och grönt.
- Erbjud belöningar för beteendeförändring.

Insatser i arbetsmiljön:

- Anpassa personalrestaurangen utifrån kartläggningen av restaurangutbudet.
- Erbjud hälsosam mat och dryck i personalrestaurang och automater, genomför ändringar i menyn och använd nyckelhålmärkning (se www.livsmedelsverket.se).
- Genomför prisändringar i utbudet av hälsosam mat och dryck och använd budskap med näringsinformation i personalrestaurang och vid automater.
- Erbjud cateringpersonal kompetensutveckling i tillagning av hälsosam mat.

Insatser rörande organisationsstruktur

För att främja hälsosamma matvanor inom organisationen/arbetsplatsen är det viktigt att organisationens/arbetsplatsens mål innehåller en hälsostrategi. Det rekommenderas att arbetsgivaren upprättar en policy som beskriver hur organisationen/arbetsplatsen hanterar mat och måltider. Policyn kan bland annat innehålla strategier för vilka insatser som ska genomföras och en beskrivning av hur den ska följas upp. Det är viktigt att policyn upprättas utifrån

Stödmaterial för att arbeta med att främja hälsosamma matvanor inom organisationen/arbetsplatsen

- Projektet Nyckelhålet på restaurang, vilket drivs gemensamt av Hushållningssällskapet och Livsmedelsverket (hittas på <http://nyckelhaletparestaurang.se/>)
- Bra mat på jobbet är ett idédokument från Livsmedelsverket vilket är riktat till de olika parterna på en arbetsplats, inklusive personalrestaurangen och företagshälsan. Skriften ger råd, tips och verktyg angående de flesta aspekter som rör mat och måltider på arbetsplatsen och kan hittas genom Livsmedelsverkets hemsida (www.livsmedelsverket.se).

arbetets art samt organisationens ambitionsnivå. Glöm inte att kommunicera en ny policy till de anställda.

Arbetsplatsinsatser riktade till minskning av alkoholriskbruk

Det finns få högkvalitetstudier som har utvärderat arbetsplatsinsatser för minskat alkoholriskbruk eller behandling av missbruk. Forskningresultaten visar evidens för insatser som innehåller en kort rådgivning, till exempel webbaserade (för mer information se avsnittet Stödja individer till minskning av alkoholkonsumtion sidor 19–20). Dessutom rekommenderas att organisationen/arbetsplatsen har en tydlig alkoholpolicy och ett starkt engagemang från ledningen när det gäller alkoholrelaterad problematik. Grupper som behöver särskild uppmärksamhet är anställda med högst risk för negativa arbetskonsekvenser, såsom arbetsolyckor.

Alkoholpolicy på arbetsplatsen

Baserat på kartläggningen på organisationsnivå bestäms i arbetsgruppen om en alkoholpolicy behövs tas fram eller om den befintliga ska anpassas. Det rekommenderas att verksamhetens alkoholpolicy används samt är tydlig och välkänd. Om målet är att upptäcka och förhindra alkoholproblem i ett tidigt skede bör de anställda erbjudas alkoholscreening. Det bör ingå i policyn, samt en översikt av metoder som identifierar och förhindrar alkoholriskbruk i ett tidigt stadium. I alkoholpolicyn kan även insatser såsom alkoholås i fordon och slumpmässig testning för att förstärka och vidmakthålla det alkoholpreventiva arbetet tas med. Det bör också framgå att chefer har en skyldighet och att arbetskamrater har möjlighet att agera vid misstanke om alkoholriskbruk.

Några punkter att tänka på:

- Använd en redan känd alkoholpolicy som motsvarar "best practice" och anpassa den till den specifika arbetsplatsen.
- Språket i policyn ska vara utformat så att alla kan förstå innehållet och det bör råda samförstånd inom verksamheten kring dess regler och krav.
- Policyn bör inte grundas enbart på disciplinära förfaranden, den bör också innehålla tydliga stödmekanismer. Var tydlig med att policyns syfte inte är att straffa, utan att hjälpa.

En alkoholpolicy kan innehålla regler om

- Konsumtion av alkohol innan och på jobbet
- Innehav av alkohol på arbetsplatsen
- Konsumtion, användning och servering av alkohol under evenemang på arbetsplatsen, under tjänsteresor, personalfester och afterwork
- Disciplinära konsekvenser om man bryter mot alkoholpolicyn
- Rutiner för hantering av misstänkta fall av riskkonsumtion av alkohol
- Erbjudna anställda undersöka sina alkoholvanor och erbjud rådgivning
- Sekretess och stöd till anställda i samband med alkoholproblem
- Ge information vart man kan vända sig vid alkoholproblematik

Anpassad från Toolkit for alcohol-related interventions in workplace settings (www.ewaproject.eu).

- Involvera medarbetarna i utvecklingen av policyn för att skapa stöd för den.
- Gör policyn välkänd, till exempel genom särskilda evenemang.

Utbildning av ledningen i alkoholproblematik

För ett framgångsrikt genomförande av insatser för minskat alkoholriskbruk inom organisationen/arbetsplatsen är det viktigt att det alkoholpreventiva arbetet integreras i det långsiktiga vardagliga arbetet på arbetsplatsen istället för att bedrivas i form av enstaka kampanjer. Ett sätt att integrera det alkoholpreventiva arbetet är att utbilda ledningen i alkoholfrågor. Det ger ledningen kompetens och motivation till att adressera alkoholrelaterade frågeställningar och är avgörande för att bygga organisationens kapacitet.

Utbildningen bör ha fokus på:

- Hur alkoholkonsumtion påverkar individen
- Kännedom om symptom på alkoholriskbruk
- Kunskaper och färdigheter kring hur man ska agera vid misstänkta fall av alkoholriskbruk
- Genomförandet av en omfattande alkoholpolicy

- Kunskaper om kommunikation med anställda kring alkoholfrågor

Främja rökstopp på arbetsplatsen

Det finns stark evidens för att rådgivning (individuellt och i grupp), läkemedelsbehandling och flernivåinsatser ökar sannolikheten att kunna sluta röka. Dessutom rekommenderas en policy om tobaksfri arbetsplats och engagemang från ledningen kring främjande av rökstopp. För information om de insatser som är riktade till enskilda individer, såsom rådgivning och läkemedelsbehandling, hänvisas till sidan 20–21.

Flernivåinsatser för att främja rökstopp

Forskning visar att flernivåinsatser är effektiva för att främja rökstopp. Det flesta av de undersökta flernivåinsatserna genomfördes över minst tre månader. Nedan följer en översikt av insatser som ingått i effektiva flernivåinsatser. Utifrån resultaten från kartläggningen av förutsättningar inom organisationen och arbetsmiljön och verksamhetens behov väljer arbetsgruppen lämpliga insatser från listan nedan. Det rekommenderas, om möjligt, att insatser genomförs på de olika nivåerna.

Insatser riktade till anställda

- Dela ut broschyrer om rökstopp utifrån den transteoretiska modellen som rekommenderar de strategier som passar bäst i olika stadier av beteendeförändring.

- Sprid information om att sluta röka genom posters, nyhetsbrev och webbsidor.
- Ge rådgivning (individ och grupp) – se sid. 20–21
- Rekommendera läkemedelsbehandling vid behov – se sid. 21.
- Ge belöningar för att sluta röka.
- Dela ut självhjälpsmaterial.
- Organisera sluta röka-sessioner för rökare.

Insatser inom fysisk arbetsmiljö

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

Insatser inom social arbetsmiljö

- Organisera utbildning om hur man kan stödja kollegor med att sluta röka.

Insatser inom organisationsstruktur

- Ge rådgivning till ledningen om genomförandet av policy om tobaksfri arbetsplats.
- Anpassa eller utveckla en policy om tobaksfri arbetsplats.

Policy om tobaksfri arbetsplats

Utifrån kartläggningen av organisationsstrukturen bestämmer arbetsgruppen om en tobakspolicy behöver utvecklas eller anpassas. 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. Det finns tydliga rekommendationer och hjälpmedel från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, samt Folkhälsomyndigheten om hur en

En policy om tobaksfri arbetsplats kan innehålla

- en formulering om att policyn gäller all personal, inklusive tillfälligt anställda, förtroendevalda och upphandlad verksamhet
- regler om att inomhusmiljön ska vara rökfri, det vill säga att både personal och besökare enbart får röka utomhus
- att personalen ska vara rökfri, helst tobaksfri, på arbetstid
- regler om snusning
- att det finns väl markerade rökplatser utomhus med rökfria zoner runt entréer, balkonger och andra platser där många människor vistas samt kring luftintag
- att tobaksvaror inte får säljas i verksamhetens lokaler
- att personalen 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 den fullföljs

Källor Tobaksfritt arbetsliv. Ideskript för arbetsgivare (Folkhälsomyndigheten).

verksamhet kan skapa en tobaksfri arbetsmiljö och arbetstid. De kan hittas på www.tobaksfakta.se och www.folkhalsomyndigheten.se.

När arbetsgruppen diskuterar genomförandet av tobaksfri arbetstid är det viktigt att komma ihåg att rökstopp är ett personligt beslut hos den enskilde rökaren, men att arbetsgivaren kan bidra till att möjliggöra och underlätta ett tobaksfritt liv. För att nå acceptans bland de anställda för tobaksfri arbetstid krävs tid för förankring. Man bör ha förståelse för oro bland tobaksanvändarna för att inte kunna leva upp till bestämmelsen, för negativa diskussioner om beslutet och upplevelser av att den personliga friheten inskränks. Avsätt tid för diskussioner under arbetsplatsträffar för frågor som kommer upp om den tobaksfria arbetstiden och om hur den nya bestämmelsen ska hanteras på arbetsplatsen.

Insatser för att främja fysisk aktivitet på arbetsplatsen

Det finns evidens för att rådgivning, flernivåinsatser samt förändringar i policy och arbetsmiljö har en positiv effekt på att främja fysisk aktivitet på arbetsplatsnivå. För rekommendationer kring rådgivning hänvisas till sidan 22.

Flernivåinsatser för att främja fysisk aktivitet

Forskning visar att flernivåinsatser på arbetsplatser är effektiva för att främja fysisk aktivitet. Det flesta flernivåinsatser sker under en längre tid: minst tre månader, men sex månader rekommenderas. Utifrån resultaten från kartläggningen av förutsättningar inom organisationen och arbetsmiljön, kopplade till verksamhetens behov, väljer arbetsgruppen lämpliga insatser från listan nedan. Det rekommenderas om möjligt att genomföra insatser på alla nivåer.

Insatser riktade till anställda

- Utför hälsokontroller kombinerade med uppmuntran för att påbörja eller bibehålla regelbunden fysisk aktivitet.
- Upprätta ett skriftligt avtal för beteendeförändring, med uppföljning efter 3, 6 och 18 månader.
- Organisera en föreläsning/workshop om hälsosamma levnadsvanor.
- Ge individanpassad information (broschyrer/e-post/webb) som anpassats till de olika stadierna i

den transteoretiska modellen

- Uppmuntra anställda att gå mellan möten och ta trapporna.
- Främja personliga målsättningar för fysisk aktivitet och uppmana anställda att följa upp med mätningar.
- Erbjud kontinuerliga råd och information om vikten av fysisk aktivitet och hjälp till den enskilde att öka denna.
- Rekommendera självmonitorering med hjälp av exempelvis stegräknare för att motivera anställda att öka sin fysiska aktivitet.
- Sprid affischer som uppmuntrar fysisk aktivitet och dess fördelar.

Insatser inom fysisk arbetsmiljö

- Se till att alla har möjlighet att vara fysiskt aktiva varje dag på arbetet.
- Se till att alla arbetsplatser och byggnader kan nås med cykel eller till fots.
- Tillhandahåll information om cykel- och gångbanor.
- Häng upp affischer som uppmuntrar användning av trappor istället för hiss.
- Ta fram kartor som visar cykel- och gångbanor runt arbetsplatsen.
- Se till att det finns möjlighet till promenader och träningspass under lunchraster.

Insatser inom social arbetsmiljö

- Sammanställ grupper av anställda som motiverar att sätta upp mål för fysisk aktivitet med individuella belöningar och gruppincitament.

Insatser inom organisationsstruktur

- Skapa policy och belöningar som uppmuntrar till fysisk aktivitet på arbetet, även till och från arbetet.

Organisationsstrukturer som främjar fysisk aktivitet

Utifrån kartläggningen av organisationsstrukturen bestämmer arbetsgruppen om en policy behöver utvecklas eller anpassas för att främja fysisk aktivitet. En policy som främjar fysisk aktivitet kan innehålla:

- Att anställda tillåts ta ut friskvårdstimme
- Att anställda tillåts att använda flextid
- Erbjudande om friskvårdsbidrag till anställda
- Incitament/belöningar för fysisk aktivitet

På organisationsnivå behöver ledningen tillsätta resurser för arbetet samt ha strategier för att maximera delaktighet och tillgänglighet.

Insatser för att minska stillasittande på arbetsplatsen

Det finns evidens för att arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet (till exempel höj- och sänkbart skrivbord, gåband och ståbord) minskar stillasittandet under arbetsdagen. Dessutom har studier visat en positiv effekt på psykiskt välbefinnande. Syftet med arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet är att regelbundet byta ut stillasittande mot stående och/eller motion. I likhet med risken för långvarigt statiska sittande positioner bör också långvarigt statiska stående arbetsställningar undvikas.

Pågående studier testar just nu effekterna av flernivåinsatser för minskat stillasittande under arbetstiden, såsom ändringar i den fysiska arbetsmiljön (exempelvis arbetsstationer som tillåter fysisk aktivitet) kombinerat med insatser riktade till enskilda anställda (till exempel SMARTa mål som specificerar när man ska använda arbetsstationer).

Steg 5 Utvärdering av insatserna

Slutligen utvärderas både processen och insatsernas effekt. Precis som vid kartläggningen, planeringen och genomförandet av insatserna är den slutliga utvärderingen avgörande för att visa att insatserna har varit effektiva och för att planera för fortsättningen. Utvärderingsplaner bör vara en del av steg 3 se sid 30 när en handlingsplan för genomförande och uppföljning av insatser formuleras. En effektiv utvärdering är en systematisk granskning av både genomförandet och insatsernas effekt. Det är viktigt att utvärderingens tillvägagångssätt är etiskt och håller hög kvalitet. För mer information om utvärdering hänvisas till boken Evidensbaserat folkhälsoarbete (L. Schäfer Elinder och L. Kwak, 2014) och Att göra effektutvärderingar (K. Sundell, 2012).

För en effektiv utvärdering rekommenderas följande steg:

1. Definiera insatsen/insatserna i tillräcklig detalj för att avgöra vad som ska utvärderas och för att bestämma effekten och om insatserna kan fortsätta i nuvarande form eller behöver anpassas.
- Vilka aspekter av utvärderingen är av intresse för

intressenterna, till exempel genomförandet av insatser, uppnådda resultat etcetera?

- När betraktas insatserna som framgångsrika?
- Hur kommer resultaten av utvärderingen att användas, till exempel för att bidra till att förbättra insatsernas effektivitet i nästa omgång eller för att fatta beslut om att insatserna ska fortsätta?

2. Utvärdera implementeringen av programmet.

Genom en processutvärdering undersöks alla steg och aktiviteter som vidtagits för att genomföra insatserna. Resultatet av processutvärderingen används för att säkerställa att insatserna genomfördes som planerat. Om insatserna inte uppnådde förväntade resultat kan det fastläggas om strategin var fel eller om insatserna helt enkelt inte genomfördes på rätt sätt. Dessutom ger en processutvärdering information om vad som kan ha påverkat de förväntade effekterna.

En rad frågor som kan ställas under utvärderingen:

- Vad kan ha påverkat effekten av insatserna? Till exempel bristande stöd från ledningen, bristande intresse/engagemang från de anställda och/eller hinder att genomföra insatserna som beskrivits i handlingsplanen på grund av bristande resurser?
- Vilka resurser har använts under genomförandet av insatserna?
- Hur många anställda nåddes med insatserna?
- Vad tyckte de anställda/verksamheten om insatserna, motsvarade de deras förväntningar?
- Var insatserna integrerade i organisationsstrukturen?

3. Utvärdera insatsernas effektivitet. Genom effektutvärderingen undersöks om syftet som utformades i steg 1 av arbetsmodellen (planering och förankring) har uppnåtts.

Några frågor som kan ställas här är:

- Vilka insatser ska utvärderas?
- När betraktas insatserna som framgångsrika?
- Vid vilka tidpunkter genomförs utvärderingar av insatserna, till exempel 6 månader, och även efter 12 och/eller 18 månader?
- Vilken effekt har hälsoundersökningen på levnadsvanor, biomarkörer, produktivitet, sjukfrånvaro, sjuknärvaro etcetera?

Implementeringsstöd för att införa riktlinjer inom företagshälsans verksamhet

I denna del av skriften ges vägledning vid implementering av riktlinjer inom företagshälsans rutinverksamhet samt vad som bör beaktas i implementeringsprocessen. Information ges bland annat om varför och hur man kan förändra sitt nuvarande arbetssätt.

Att införa förändringar i praktiken är inte en enstaka åtgärd utan innebär en välplanerad stegvis process, inklusive en kombination av strategier kopplade till de specifika förutsättningarna för förändring. För en lyckad implementering av riktlinjer krävs enligt en av de mest kända och använda implementeringsmodellerna tre huvudfaktorer: evidens för riktlinjerna som ska införas, en gynnsam kontext för dem och slutligen ett underlättande av införandet. Detta innebär att de potentiella användarna av riktlinjerna behöver ha förmåga till en lyckad implementering.

Stödjande policy och procedurer måste finnas på flera nivåer för att skapa en mottaglig miljö för införandet av riktlinjerna och ledarskapet måste kunna hantera de utmaningar som kan uppstå i implementeringsprocessen.

Varför ändra nuvarande arbetssätt?

Varför ska vi ändra arbetsätt och införa en ny metod? Det är den avgörande fråga som redan från början måste ställas och besvaras. Syftet med att förändra och målet med förändringen formuleras utifrån enhetens behov och mål så att de enkelt kan kännas igen och appliceras i den dagliga verksamheten. Innan riktlinjerna införs måste alla berörda vara överens om och ställa upp på de formulerade målen.

Forskning har visat att annars är risken stor att förändringen misslyckas eftersom personal som ska använda de nya metoderna och arbetssätten istället fortsätter att arbeta enligt sitt gamla invanda sätt.

Några av de viktigaste hindren på individnivå är att de praktiker som ska förändra sitt arbetssätt håller kvar vid det gamla på grund av att de:

- känner sig mer trygga och säkra med vad som är bekant, det vill säga det gamla invanda arbetssättet och därför, om möjligt, väljer att fortsätta som vanligt,
- får skuld känslor för att ha använt ineffektiva eller olämpliga metoder,
- känner en ovilja att överge metoder som kan ha krävt investeringar i energi, pengar, tid och utbildning,
- gör ekonomiska överväganden, det vill säga upplever till exempel att det är mer ekonomiskt fördelaktigt att fortsätta som tidigare samt
- kanske har svårt att förändra sig själva, kollegor eller utifrån klienternas preferenser.

Det absolut avgörande är att syfte och mål görs verksamhetsnära samt att de är väl förankrade i högsta ledningen och hos berörda medarbetare.

För att motivera företagshälsan och arbetsgi-

varen att arbeta enligt riktlinjerna kan följande argument ges:

- De bygger på den vetenskapliga evidensen att hälsoundersökningar som kombineras med insatser har en positiv effekt på hälsobeteenden.
- De kan förebygga ohälsa på arbetsplatsen genom att främja hälsosamma levnadsvanor hos de anställda.
- De ger företagshälsan en struktur och metoder för att stödja arbetsgivare i att främja hälsosamma levnadsvanor via arbetsplatsen.
- De innebär kvalitetssäkring med evidensbaserade metoder.
- De ger möjlighet att arbeta förebyggande och främjande från ett brett perspektiv som tar hänsyn till individer, organisationen och arbetsmiljön.
- De ger vägledning i hur man använder sig av företagshälsans goda kunskap om arbetsplatser och arbetets inverkan på hälsan samt tar tillvara dess unika förmåga att arbeta på individ-, grupp- och arbetsplats/organisationsnivå med hälsofrämjande insatser.

Bestäm vad som ska införas

Sannolikheten för en framgångrik implementering ökar om det finns stark evidens för det som ska

införas. Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen baseras på den för tillfället bästa tillgängliga kunskapen från nationell och internationell forskning. Evidensen visar att hälsoundersökningar via arbetsplatsen som kombineras med insatser har en positiv effekt på bland annat hälsobeteenden. Dessutom visar forskning vikten av att tillämpa ett brett perspektiv både när det gäller kartläggning och insatser, det vill säga att hänsyn tas till såväl individer som organisation och arbetsmiljö inom en verksamhet.

När beslut har tagits att införa riktlinjer inom företagshälsans rutinverksamhet bestäms vad som ska införas. Dessa riktlinjer omfattar flera rekommendationer och alla bör inte införas på en gång. Beslut om vad som ska införas fattas utifrån enhetens behov och möjligheter, till exempel enhetens behov av att införa ett evidensbaserat arbetssätt när det gäller främjande av fysisk aktivitet på arbetsplatsnivå.

Ett bra sätt att överblicka hela förändringsprocessen är med en så kallade logisk modell eller problemteori som beskriver kedjan av händelser i förändringen. Tabell 1 nedan ger ett exempel på hur man kan använda denna modell för att beskriva förändringsprocessen för att främja hälsosamma matvanor hos anställda utifrån vad som måste vara på plats innan insatserna påbörjas och vilka för-

Tabell 1. Hälsoundersökning via arbetsplatsen – främja hälsosamma matvanor hos anställda

Input		Utfall		
Insatser	Implementeringsstrategier	Implementering	Företagshälsa	Anställda
Kartläggning av matvanor	Stöd från ledning	Acceptans	Kunskap i KBT och motiverande samtalsmetodik	Hälsosamma levnadsvanor
Kvalificerad rådgivning	Administrativ support för kartläggning	Lämplighet	Självförtroende i nya arbetssätt	BMI
	Utbildning i KBT och motiverande samtalsmetodik	Genomförbarhet	Motivation kring införandet av nya arbetssätt	Kolesterol
	Coaching/handledning	Följsamhet	Evidensbaserade arbetsrutiner	
	Stöd från kollegor för att kunna diskutera till exempel problem kring nya arbetssättet	Kostnad		
		Integrering		
		Vidmakthållande		

väntade resultat som kan uppnås enligt evidensen. I kolumnen insatser beskrivs vilka insatser som ska införas (till exempel kartläggning av matvanor och kvalificerad rådgivning). I kolumnen implementeringsstrategier beskrivs vilka strategier som behöver vara på plats för att kunna genomföra insatserna (till exempel stöd från ledning, utbildning i KBT och motiverande samtalsmetodik). Effekterna som förväntas är specificerade under utfall på företagshälsans och anställdas nivå. Dessutom specificeras så kallade implementeringsutfall (till exempel genomförbarhet och kostnader) för att kunna beskriva implementeringsprocessen. Tabellen kan även användas som underlag för utvärdering av införandet och även till arbetsgivare som beskrivning av den tjänst som företagshälsan vill/kan leverera.

Vad behöver vara på plats inom företagshälsans organisation?

Stöd från ledningen

För att lyckas med en större förändring krävs att ledningen på alla nivåer aktivt stödjer den. Att aktivt stödja innebär bland annat att ledningen deltar i information om förändringen, förmedlar målen och är tydliga med att detta är något de vill. Det innebär också att de ser till att nödvändiga resurser finns avsatta. Var tydlig med vem som äger frågan. Även om högsta ledningen delegerat själva genomförandet är det ytterst viktigt att högsta ledningen följer och uppskattar förändringen.

För att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin inom Stockholms läns landsting, SLL, utvecklat ett faktablad som stöd för implementering (se bil. 9). Faktabladet är baserat på aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för framgångsrik implementering av nya metoder, såsom riktlinjer.

Resurser

Resurser för implementering av nya arbetssätt handlar inte enbart om mer pengar utan framförallt om hur vi använder de resurser vi har. Det handlar om att man inom en verksamhet vill ändra på något man gör och att personalen ska förändra sitt arbetssätt. Det krävs tid för att förankra och planera förändringen, genomföra den, för utbildning och eventuell nyrekrytering. Dessutom kan kostnader

uppstå för nya verktyg eller instrument samt debiteringsgraden tillfälligt minska när det nya sättet ska läras in.

Exempel på resurser som behövs för att införa arbetssättet i dessa riktlinjer:

Individbaserad hälsoundersökning via arbetsplatsen

- Förankring och planering av införandet – tid för ledning och personal.
- Planering av administration/stöd för kartläggningsinstrument – IT-baserat verktyg, personal för hantering av pappersversion alternativt svar från webb, tekniskt stöd.
- Planering av vad som ska ingå i kartläggningen. Att grundligt kunna bedöma balansen mellan för- och nackdelar hos de tester och metoder som inkluderas i kartläggningen.
- Säkerställd kompetens i beteendeförändring
- Säkerställd ämneskompetens och kompetens i nödvändiga beteendemodifierande tekniker
- Säkerställd kompetens för de rekommenderade insatserna.

Arbetsplats-/organisationsbaserad hälsoundersökning via arbetsplatsen

- Förankring och planering av införandet – tid för ledning och personal.
- Planering av och administration av kartläggningsinstrument – IT-baserat verktyg, personal för hantering av pappersversion alternativt svar från webb.
- Säkerställd kompetens inom hälsofrämjande arbetssätt som tillämpar ett brett perspektiv, vilket inkluderar olika nivåer av påverkan såsom organisationsstrukturen och arbetsmiljön.
- Säkerställd kompetens för de rekommenderade insatserna.

Implementeringsgrupp

Det behövs en projektgrupp för att utarbeta en plan, informera och stödja genomförandet. Gruppen bör bestå av personer som:

- har goda kunskaper om enhetens verksamhet
- har kunskap om levnadsvanor
- har trovärdighet i organisationen
- har tillägnat sig kunskaper och förståelse om det nya arbetssättet
- representerar yrkeskategorier som är berörda av det nya arbetssättet.

- Ledningen vill införa detta – stödjer och engagerar sig i införandet.
- Det finns tillräckligt med resurser för till exempel tid för utbildning, tid för planerings- och informationsmöten, uppföljning och inköp av nödvändig utrustning.
- Skapa eller använda en befintlig implementeringsgrupp som ansvarar för införandet. Gruppen bör bestå av yrkeskategorier som är berörda av riktlinjerna.
- Skapa bärare av förändringar ute på varje enhet som kan stödja, inspirera och lobba för genomförandet.

Detta för att information och planering ska kunna göras på ett initierat och realistiskt sätt.

Vad behöver göras inom företagshälsans organisation?

Information om nya arbetssätt

Information är viktigt i förankringsprocessen vid införandet av riktlinjer inom företagshälsan men ännu viktigare är hur informationen ges, hur den sprids samt om den är möjlig att tillgodogöra sig. Innan informationskanaler väljs tänk noga igenom vilka informationskanaler som är etablerade inom enheten och upplevs fungera (utifrån dig själv var hittar du info, var hör du kollegor hitta info etcetera).

I informationen bör det ingå vilken nytta det nya arbetssättet har för företagshälsan, praktikern och för kunden (den anställde, arbetsgivaren).

När ska implementeringen ske?

När information ges bör också en tidsplan presenteras för när det nya ska vara på plats och användas fullt ut. I planen är det viktigt, för att lyckas med genomförandet, att realistisk hänsyn tas till den dagliga verksamhet som skall skötas parallellt med att det nya införs. En fullt detaljerad tidsplan utarbetas innan implementeringen påbörjas så att den enkelt kan följas och förberedas av samtliga berörda medarbetare. Tidsplanen bör också ha ett uppföljningssystem där man kan pricka av allteftersom planen genomförs. Se exempelvis checklista bilaga 10.

Vem ska arbeta enligt det nya arbetssättet?

Vilka är det inom enheten som berörs och ska arbeta

enligt det nya sättet? Den frågan ställs ganska omgående öppet eller dolt inom organisationen så det är viktigt att från början vara tydlig med vilka på enheten som berörs. Om utbildning och kompetensutveckling behövs, vilken typ av kompetens, vilken/a utbildningar som kommer att krävas och av vem/vilka inom personalen. Behövs nyrekrytering är det lika viktigt där att vara tydlig med vilken kompetens som behövs och hur nyrekryteringen kommer att bidra till enhetens övergripande mål. Dessa riktlinjer kräver utöver grundläggande kompetens för företagshälsas personal inom området arbete och hälsa också kompetens inom följande:

- Användning och tolkning av de enkäter som rekommenderas.
- Administration av frågeformulär och/eller kartläggningsinstrument.
- Kartläggning och tolkning av organisationsstruktur och förutsättningar inom arbetsmiljö för hälsosam beteende.
- Kompetens inom planering, genomförande och utvärdering av omfattande arbetsplatsinsatser
- Ämneskompetens och krav avseende kompetens i nödvändiga beteendemodifierande tekniker, såsom KBT och motiverande samtal.
- Kompetens i beteendeförändring.
- Kompetens inom hälsofrämjande arbetssätt på flera nivåer.
- Utvärderingskompetens.

Vem gör vad?

Gör upp en struktur utifrån enhetens specifika förutsättningar för vem som ska göra vad och när i processen det ska göras. När det gäller den individbaserade hälsoundersökningen via arbetsplatsen bör planeringen av flödet göras så konkret som möjligt, från frågan om vem som tar emot personen först till vem som följer upp denne. Administrativa rutiner som till exempel vem som ser till att frågeformulären blir besvarade och analyserade och hur vi ska administrera frågeformulären på vår enhet, bör på samma vis planeras konkret. Samma typ av frågor kan ställas när det gäller en organisations-/arbetsplatsbaserad hälsoundersökning via arbetsplatsen – från frågan om vem som gör kartläggningar till vem som följer upp effekterna och genomförandet av insatserna.

Dessa riktlinjer har som stöd flödesscheman över de komponenter som enligt evidensen bör ingå i hälsoundersökningar via arbetsplatsen. Dessa flödesscheman används med fördel vid planering av enhetens arbetsfördelning och flödesbeskrivning. Det rekommenderas att de anpassas till enhetens organisation.

Verktyg för implementeringsstöd

Ett bra planerings- och uppföljningssystem är en stor hjälp vid implementering. Det hjälper till att tidigt identifiera hinder och faktorer som underlättar och möjliggör implementeringen. Att tidigt identifiera hinder och möjliggörare hjälper vid planeringen för åtgärder mot hindren, men också att använda möjligheterna på ett effektivt sätt.

Två saker som kan ge stöd vid implementeringen är en struktur i form av en lathund – till exempel Guldblandssons verktygslåda för implementering (bil 10) – och ett strukturerat uppföljningssystem för feedback under införandet. Uppföljningssystemet kan till exempel bestå av gruppmöten med praktiker som ska använda det nya arbetssättet där man diskuterar hur och om det fungerar, svårigheter, nödvändiga förändringar/anpassningar etcetera. Det kan även vara bra att pröva det nya arbetssättet i en mindre skala först i form av ett så kallat pilottest, för att bland annat upptäcka verksamhetsbetingade anpassningsbehov.

Kom ihåg

- Definiera noggrant vad det är som ska införas.
- Definiera resursåtgång och vilka resurser som tillsätts.
- Formulera mål och syfte enhetligt och tydligt.
- Ta fram informationsmaterial om riktlinjernas innehåll.
- Påvisa nyttan med att införa det nya arbetssättet
- Gör en tidsplan för full implementering, det vill säga när allt är på plats och rullar
- Gör en utbildningsplan
- Skapa en uppföljningsstruktur/feedbacksystem, till exempel gruppmöten med öppna diskussioner
- Använd en verktygslåda för implementering till exempel Guldblandssons checklista bil. 10, samt mall för planering och tidsplan
- Genomför gärna ett pilottest för att testa införandet

Bilagor

Bilaga 1. Prioriteringskommitté

Bilaga 2. Socialstyrelsens indikatorfrågor om mat

Bilaga 3. AUDIT

Bilaga 4. Pildiagram alkohol

Bilaga 5. Socialstyrelsens indikatorfrågor om tobaksvanor

Bilaga 6. Socialstyrelsens indikatorfrågor om fysisk aktivitet och GIH:s fråga om stillasittande

Bilaga 7. Biologiska markörer – alkohol

Bilaga 8: Sammanställning av enkäter för att mäta fysisk aktivitet och matvanor på arbetsplatsen

Bilaga 9. Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Bilaga 10. Checklista för implementeringsstöd

Bilaga 1

Deltagare i prioriteringskommittén för framtagande av Riktlinjer för företagshälsan:

My Billstam, *LO*

Ann Lundberg Westermark, *PTK*

Bodil Mellblom, *Svenskt Näringsliv*

Mats Stenberg, *SKL*

Gunnar Sundqvist, *Arbetsgivarverket*

Karin Fristedt, *SACO*

Christina Pettersson, *OFR*

Bilaga 2

Socialstyrelsens indikatorfrågor om mat

Från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se). Enkäten får kopieras och användas fritt

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

1. 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)

2. Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?

- 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)

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

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

4. Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/soft

- 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)

5. Hur ofta äter du frukost?

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

Observera! Poängen är till för att beräkna kostindex, se avsnittet Matvanor i Socialstyrelsens riktlinjer. Poängen ska inte finnas med då frågan presenteras för individen.

Bilaga 3

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 "standardglas" (ca 12 gram alkohol) menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR MAN KVINNA

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

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

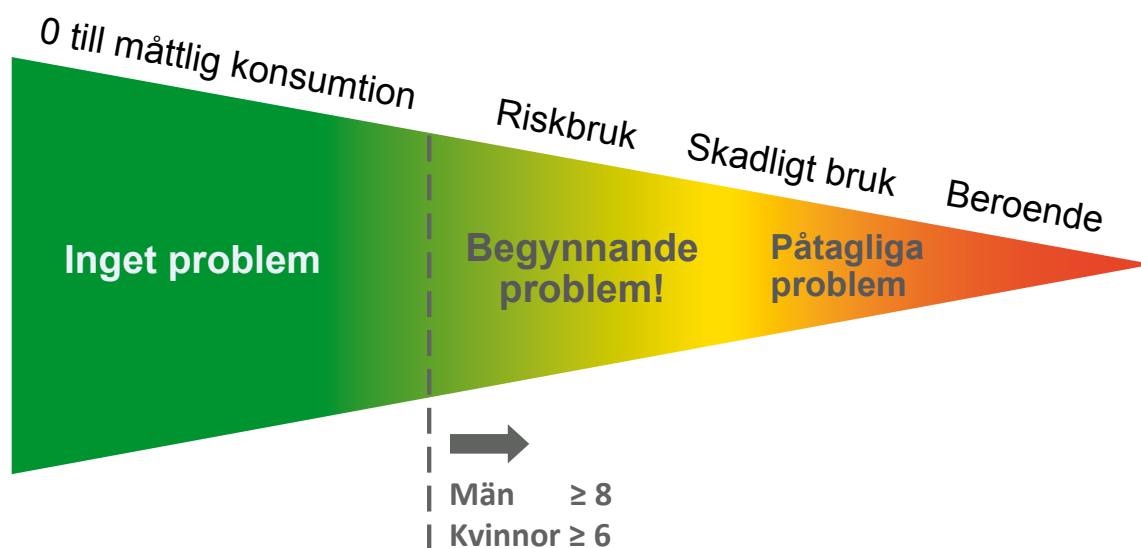
Har du besvarat alla frågor? – Tack för din medverkan!

Utvecklad av Världshälsoorganisationen, WHO. Enkäten får kopieras och användas fritt. Distributör för den svenska versionen är Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Bilaga 4

Pildiagram

Referensvärden för AUDIT i Riskbruksmodellen



AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett alkoholvaneformulär som har tagits fram inom WHO och är utprovat i flera länder och även kvalitetssäkrat i Sverige. Vilka gränsvärden som används beror på vad syftet är. I Riskbruksmodellen används 6 poäng eller mer för kvinnor resp. 8 poäng eller mer för män som gränsvärde för riskkonsumtion.

Bilaga 5

Socialstyrelsens indikatorfrågor om tobaksvanor

Från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se). Enkäten får kopieras och användas fritt.

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

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 månader

Jag har slutat röka för X månader sedan

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

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 månader

Jag har slutat snusa för X månader sedan

Alternativ b) svar i antal dosor

Jag snusar dagligen
X dosor per vecka

Bilaga 6

Tre korta frågor om fysisk aktivitet och stillasittande

Från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se). Enkäten får kopieras och användas fritt. Fråga 3 är utvecklad av Gymnastik- och idrottshögskolan.

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

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

- 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)

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

- 0 minuter/ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0.5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1.5 timmar)
- 90–150 minuter (1.5–2.5 timmar)
- 150–300 minuter (2.5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar)

3. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om man räknar bort sömn? Så gott som hela dagen

- 13–15 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- 1–3 timmar
- Aldrig

Bilaga 7

Biologiska markörer – alkohol

CDT

- Hög specificitet, nästan 100 %, men en lägre sensitivitet, dvs. alla högkonsumerter av alkohol uppvisar inte ett förhöjd CDT-värde. En normal provresultat utesluter därför inte alkoholöverkonsumtion.
- Det krävs en konsumtion motsvarande 2 burkar starköl dagligen under några veckor för att CDT värdet ska stiga.
- Transferrinets halveringstid är cirka 10 dagar och vid alkoholabstinens normaliseras värdet på 2-4 veckor.
- Analysmetoder – HPLC-metod eller immunkemisk metod.

PETH

- Både en mycket hög sensitivitet och specificitet (100%).
- Alkoholmetabolit som normalt inte finns i kroppen, men vid intag av alkohol bildas Peth i en reaktion som katalyseras av fosfolipas i cellmembranen.
- Peth korrelerar signifikant mot mängden alkoholintag.
- Halveringstiden är ungefär 4 dygn.
- För gränsvärde för förhöjd konsumtion respektive normalkonsumtion följer man de rekommendationer som respektive laboratorium har.

Bilaga 8

Sammanställning av enkäter för att mäta fysisk aktivitet och matvanor på arbetsplatsen

Översatt från Worksite Questionnaire Details, Review of Measures of Worksite Environmental and Policy Supports for Physical Activity and Healthy Eating, United States, 1991–2013

Enkät namn	Typ av enkät	År	Antal frågor, tidsåtgång	Reliabel	Validerad	Område
Worksite and Energy Balance Survey (WEBS)	Själv-rapporterande	2013	72, Ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Office Environment and Sitting Scale (OFFESS)	Själv-rapporterande	2013	12, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet
California Worksite Assessment Checklist (CA)	Själv-rapporterande	2010	31, ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
(No Name) Kaczynski et al	Själv-rapporterande	2010	11, ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet
Worksite Supportive Environments for Active Living Survey (SEALS)	Själv-rapporterande	2010	28, <30 min	Ja	Ja	Fysisk aktivitet
Check for Health (WI)	Chefs-rapporterande	2010	68, ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Workplace Nutrition and Exercise Climate Scale (WNECS)	Själv-rapporterande	2010	119, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor

Bilaga 8 forts

Sammanställning av enkäter för att mäta fysisk aktivitet och matvanor på arbetsplatsen

Enkät namn	Typ av enkät	År	Antal frågor, tidsåtgång	Reliabel	Validerad	Område
Environmental Perception Measure (EPM)	Själv-rapporterande	2009	10, <30 min	Ja	Ja	Fysisk aktivitet
Community Healthy Living Index (CHLI)	Chefs-rapporterande	2008	75, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Worksite Environmental Measure (WEM)	Chefs-rapporterande	2007	105, >30 min	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Environmental Assessment Tool (EAT)	Multipel	2006	105, >30 min	Ja	Ja	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Workplace Walkability Audit Tool (WWAT)	Observation	2005	14, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet
Neighborhood Quality of Life Survey (NQLS)	Själv-rapporterande	2004	32, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet
Workplace Physical Activity Framework (WPAF)	Chefs-rapporterande	2003	45, 30 min	Ja	Ja	Fysisk aktivitet
Working Well Trial (WWT)	Själv-rapporterande	1999	12, ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift	Matvanor
Checklist of Health Promotion Environments at Worksites (CHEW)	Multipel	1995	112, >30 min	Ja	Ingen uppgift	Fysisk aktivitet/ Matvanor
Heart Check (HRTCHK)	Chefs-rapporterande	1993	226, >30 min	Ja	Ja	Fysisk aktivitet/ Matvanor

Bilaga 9

Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Implementering av nya arbetsmetoder innefattar en process där medarbetare förändrar sitt arbetssätt i linje med den nya metoden (Grimshaw m.fl., 2012). Ledarskapet är viktigt i denna process (Aarons m.fl., 2014). I detta informationsmaterial summeras aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för framgångsrik implementering av nya metoder. Detta görs för att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess. Vanligt förekommande implementeringar handlar om evidensbaserade metoder, vårdprogram, riktlinjer eller dylikt. I detta informationsmaterial använder vi riktlinjer som exempel för att konkretisera hur olika ledarbeteenden kan användas i praktiken. Ledarbeteendena som presenteras i detta informationsmaterial kan dock användas vid alla sorters implementeringar.

Vad säger forskningen om effektivt ledarskap vid implementering?

Forskning som berör ledarskap vid implementering av nya metoder inom hälso- och sjukvården har sammanställts i fyra kunskapsöversikter (Gifford m.fl., 2007, Reichenpfader m.fl., 2015, Sandström m.fl., 2011, Ovretveit, 2010). Dessa har identifierat ledarbeteenden, det vill säga aktiviteter som ledare gör, som är viktiga för att lyckas med implementering. Dessa ledarbeteenden summeras i Tabell 1 (se sida 4 och 5) i följande övergripande kategorier: stödja, återkoppla, kommunicera, vara en förebild, vidareutveckla medarbetare och påverka omgivningen.

Ledarbeteendena kopplat till transformellt ledarskap?

Teorin om transformellt ledarskap, även benämnt som utvecklande ledarskap (Backström, 2008), är av särskild relevans vid implementeringsarbete (Aarons m.fl., 2014). Transformellt ledarskap har identifierats som effektivt i att öka motivation och prestation hos medarbetare samt varit framgångsrik vid organisatoriska förändringar (Avolio m.fl., 2009). Dessutom har transformellt ledarskap visats sig vara effektivt i olika kulturer, verksamheter och kontexter (Den Hartog m.fl., 1999). En transformell ledare inspirerar medarbetarna att uppnå strategiska mål samt att prestera över förväntan.

Ledarskapsstilen karakteriseras av ledare som:

- 1) ses som en förebild och har tillit från medarbetarna,
- 2) motiverar medarbetarna att uppnå uppsatta mål och får dem att känna sig utmanade,
- 3) inspirerar medarbetarna och främjar diskussioner och kreativa lösningar, samt
- 4) fungerar som en mentor för medarbetarna och ser varje individs behov av att utvecklas (Bass m.fl., 2003).

Samtliga ledarbeteenden som sammanfattats i tabellen överlappar med den transformella ledarskapsstilen. Exempelvis, beteendena i kategorin **”vara en förebild”**, representerar den första faktorn i transformellt ledarskap. För en chef innebär detta att vara engagerad, tillgänglig och arbeta på samma sätt som förväntas av medarbetarna vid implementering av t.ex. riktlinjer i syfte att visa att detta är prioriterat.

Ledarbeteendena i kategorin **”återkoppling”**, vilket relaterar till den andra faktorn i transformellt ledarskap, betyder att en chef exempelvis skapar incitament för de beteenden som riktlinjerna rekommenderar. Dessutom kan chefen uppmuntra arbetet med implementering av riktlinjer, det vill säga ge positiv återkoppling och förstärkning när medarbetarna utför beteenden som är i linje med riktlinjerna. Denna kontinuerliga återkoppling kan utföras muntligt och/eller skriftligt. Detta är viktigt för att medarbetarna ska sträva efter och nå uppsatta mål för implementeringen av riktlinjerna.

Ledarbeteendena som kategoriserats som **”vidareutveckla medarbetarna”** utgör exempel på den tredje faktorn i transformellt ledarskap, nämligen att inspirera medarbetarna och främja diskussion och kreativa lösningar. I denna kategori finns beteenden som avser att man som chef skapar möjligheter för medarbetarna att vara delaktiga och yttra sina åsikter och synpunkter för att arbetsgruppen ska komma fram till nytänkande och innovativa processer för att förnya och förbättra befintliga rutiner. Detta resulterar i att medarbetarna blir mer delaktiga i implementeringsprocessen och har lättare att äga densamma.

Ledarbeteendena under kategorierna **”stödja”** och **”kommunicera”** relaterar till den fjärde faktorn i transformellt ledarskap, och syftar till beteenden där chefen tydligt informerar om viktiga delar av implementeringsprocessen av riktlinjerna. Denna information kan spridas både muntligt, såsom på arbetsplatsmöten, och skriftligt, exempelvis information på intranät eller utskick via e-post. Chefen har också möjlighet att arbeta med administrativt stöd som kan underlätta implementeringen. Utöver detta är det även viktigt att chefen ser till att den individuella medarbetaren kan utbilda sig i enlighet med sina behov för att kunna implementera de nya riktlinjerna, exempelvis genom deltagande i en relevant kurs eller konferens. Dessa ledarbeteenden syftar till att alla medarbetare ska få de kunskaper som behövs samt möjligheten att arbeta enligt det nya arbetssättet.

Praktisk tillämpning

Ledarbeteendena i Tabell 1, som hämtats från aktuella kunskapsöversikter, har ibland beskrivits på en övergripande nivå, vilket kan hindra dess användning i praktiken. I dessa fall kan teorin om transformellt ledarskap bidra med mer konkret stöd. Denna ledarskapsstil har dessutom visat sig vara effektiv i olika verksamheter och länder vilket tyder på att resultaten är generaliserbara till andra verksamheter än hälso- och sjukvården.

När man leder ett implementeringsarbete är det viktigt att ledarbeteendena, exempelvis att skapa delaktighet, sätta mål och följa upp processen, är specifika för den metod som ska implementeras, vilket ökar sannolikheten för en effektiv implementering. Detta innebär att varje implementeringsarbete kräver aktivt ledarskap och det räcker inte med ett generellt gott ledarskap för att uppnå framgång. Exempelvis vid implementering av nya riktlinjer ska återkoppling ske specifikt utifrån hur medarbetarna använder sig av dessa riktlinjer. Vidare har både stödjande ledarbeteenden,

Forts sid 57

Tabell 1. Ledarbeteenden associerade med effektiv implementering uppdelat på resultat från fyra kunskapsöversikter

	Stödja	Återkoppla	Kommunicera	Vära en förebild	Vidareutveckla medarbetare	Påverka omgivningen
Ref 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmuntrar implementering av ny kunskap • Värdesätter medarbetarnas behov och öskier genom implementeringsprocessen • Stödjer generell och implementeringsprocessen för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Återkopplar regelbundet kring arbetet med implementering av ny kunskap • Använder nyckeltal som speglar implementeringens framgång vid återkoppling av arbetsgången 	<ul style="list-style-type: none"> • Har goda kommunikationsfärdigheter kring arbetet inför och under implementeringen • Är öppen för förslag från medarbetarna rörande genomförandet av implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar ett klimat som värdesätter forskning och ny kunskap • Är en förebild, det vill säga arbetar på samma sätt som förväntas av medarbetarna under implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ger möjligheter för medarbetarnas utveckling, till exempel genom att skapa möjligheter att delta i konferenser och kurser för att öka kunskaperna kring implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar strukturer för medarbetarna så att dessa kan arbeta effektivt under implementeringen • Förändrar strukturer för att inkludera incitament för implementeringen • Fördelar resurser för att stödja implementeringen • Sätter strategiska mål som omfattar forskning och implementering • Gör implementeringen till ett gemensamt mål • Skapar decentraliserade strukturer • Skapar korta vägar för rapportering av nya idéer och öskier från medarbetarna • Reviderar policydokument och arbetsrutiner i linje med implementeringen • Reviderar arbetsprocesser, kvalitetssystem och nyckeltal i syfte att stödja implementeringen
Ref 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Är en mentor • Underlättar implementeringsarbetet • Ger allmänt stöd under implementeringsprocessen • Skapar relationer mellan personer inom arbetsgruppen som har nyckelpositioner i implementeringen 				<ul style="list-style-type: none"> • Skapar delaktighet bland medarbetarna i implementeringsarbetet • Stödjer innovationer • Stödjer visionärt tänkande 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokuserar på implementeringens mål • Planerar implementeringen strategiskt
Ref 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Ser medarbetarna och deras behov under implementeringsprocessen • Uppmuntrar medarbetarna att arbeta aktivt med det som ska implementeras • Skapar administrativt stöd för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmärksammar försök till förändring i linje med implementeringen • Återkopplar genom mätning av nyckeltal som speglar framgången av implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Har goda kommunikationsfärdigheter inför och under implementeringen • Informerar medarbetarna om ny kunskap, till exempel nya riktlinjer som ska implementeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Är tillgänglig för medarbetarna under implementeringsprocessen • Är engagerad under implementeringen • Värdesätter användning av kunskap/forskning • Är en förebild under implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar möjligheter för utveckling och vidareutbildning som gynnar implementeringsprocessen 	<ul style="list-style-type: none"> • Visar att organisationen värdesätter ny kunskap • Fördelar resurser, till exempel tillgång till utbildning som gynnar implementeringen • Sätter strategiska mål för implementering • Reviderar policy- och arbetsdokument så att dessa stämmer överens med det som ska implementeras • Utför kontinuerlig utvärdering av verksamheten som är relaterad till aktuell forskning och implementering • Inkluderar implementering av ny kunskap i verksamhetens filosofi och mål
Ref 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverar medarbetarna att arbeta med det som ska implementeras • Engagerar medarbetarna under implementeringsprocessen • Använder sig av informella ledare för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Genomför kontinuerlig uppföljning av relevanta resultat för implementeringen • Skapar incitament för att utföra implementeringen 				<ul style="list-style-type: none"> • Skapar stödfunktioner, till exempel, återkoppling till verksamhetens resultat i form av nyckeltal för att gynna implementeringsprocessen • Fördelar resurser så att implementeringen kan äga rum

Ref:1) Gifford m.fl., (2007); 2) Reichenpader m.fl., (2015); 3) Sandström m.fl., (2011); 4) Övretveit, (2010)

Forts från sid 55

såsom att ta hänsyn till medarbetarnas behov och att engagera arbetsgruppen, såväl som reglerande beteenden, exempelvis kommunicera tydligt, fokusera på mål och skapa strukturer, identifierats som viktiga för att framgångsrikt leda en implementering. Det är viktigt för en ledare att fokusera på båda dessa typer av beteenden.

En implementering innebär alltid en förändring, vilket kan leda till att motstånd i arbetsgruppen uppstår, och därmed är det viktigt som chef att vara beredd på att hantera detta. Det finns flera anledningar till motstånd, som till exempel brist på kunskap och färdigheter, motivation eller möjlighet på arbetsplatsen för att kunna genomföra det som riktlinjerna kräver (Michie m.fl. 2011). För att chefen ska kunna hantera motstånd på ett effektivt sätt är det essentiellt att förstå anledningarna därtill. Om motstånd till exempel uppstår på grund av att medarbetarna inte anser att de har kunskaper eller färdigheter kring de behandlingar eller åtgärder som beskrivs i riktlinjerna, behöver chefen erbjuda utbildning. Beror motståndet på bristande motivation, exempelvis om de inte förstår fördelarna med att implementera riktlinjerna, kan chefen tydliggöra och förklara varför implementeringen är viktig samt införa incitament för att öka motivationen hos medarbetare. Om hindret visar sig vara associerat till att medarbetare inte anser att behandlingar eller åtgärder i riktlinjerna är i linje med befintliga rutiner i verksamheten, det vill säga att de inte har möjlighet att genomföra de åtgärder som krävs, kan det vara nödvändigt att göra förändringar av verksamhetens policy.

Referenser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Sklar, M. 2014. Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate for Evidence-Based Practice Implementation. *Annual Review of Public Health*, 35: 255-274.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. 2009. Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60: 421-449.
- Backström, T., Granberg, O., & Wilhelmson, L. 2008. *Alternativa former för chefers ledarskap – en kunskapsöversikt om sätt att förstå hur ledarskap kan utövas mellan chefer och medarbetare i svenskt arbetsliv*. Enheten för arbetslivsutveckling - Vinnova.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I. & Berson, Y. 2003. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88: 207-18.
- Den Hartog, D. N., House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A. & Dorfman, P. W. 1999. Culture specific and cross-culturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed?. *The Leadership Quarterly*, 10: 219-256.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. 2007. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 4: 126-45.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. 2012. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7: 50.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions, *Implementation Science*, 6:42.
- Ovretveit, J. 2010. Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality and Safety in Health Care*, 19: 490-2.
- Reichenpfader, U., Carljford, S. & Nilsen, P. 2015. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. *Leadership in Health Services*.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. 2011. Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 8: 212-23.

■ Författare: Anne Richter, Rebecca Mosson, Henna Hasson
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
■ Box 1497
■ 171 29 Solna
■ E-post ledarskapimplementering@sll.se
Tfn vx 08-123 400 00
www.folkhalsoguiden.se



Bilaga 10. Checklista för implementeringsstöd

KRITERIER FÖR IMPLEMENTERING – EN CHECKLISTA

Det finns lokalt definierade behov Ja Nej Vet inte
Behov _____

Den föreslagna metoden kan möta behoven Ja Nej Vet inte
Metod _____

Metoden är:

- Relevant Ja Nej Vet inte
- Bättre än nuvarande metoder Ja Nej Vet inte
- Effektiv (evidensbaserad) Ja Nej Vet inte
- Kostnadseffektiv Ja Nej Vet inte
- Förenlig med rådande värderingar och attityder Ja Nej Vet inte
- Lätt att använda Ja Nej Vet inte
- Möjlig att testa i liten skala Ja Nej Vet inte
- Möjlig att anpassa till lokala förhållanden utan att förändra de centrala komponenterna Ja Nej Vet inte

- Eventuella risker med metoden kan hanteras Ja Nej Vet inte

- Resultaten av metoden går snabbt att observera Ja Nej Vet inte

- Kunskap om metoden kan generaliseras till andra områden Ja Nej Vet inte

- Användarna har involverats i tidigt skede Ja Nej Vet inte

- Alla berörda har kunskap om metoden och tillgång till fortlöpande stöd i det dagliga arbetet Ja Nej Vet inte

- Det finns resurser i form av pengar och personal Ja Nej Vet inte

- Det finns en adekvat och långsiktig budget Ja Nej Vet inte

- Det finns system för uppföljning och feedback Ja Nej Vet inte

- Det finns en planering för överlämnande till ordinarie verksamhet Ja Nej Vet inte
- Metodkomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Metoden utgörs av:

- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

- _____
- _____
- _____

Implementeringskomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Flera olika implementeringsinsatser kombineras (t.ex. information, utbildning, praktisk träning, Coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation) Ja Nej Vet inte

Implementeringen utgörs av:

- _____
- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Från Guldbbrandsson K. Från Nyhet till Vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. Checklistan får kopieras och användas fritt.

Referenser

Hälsoundersökningar

1. Arena, R., et al., The role of worksite health screening: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2014; 130(8): p. 719-34.
2. Bijlsma, M., et al., Quality criteria for health checks: Development of a European consensus agreement. *Preventive Medicine*, 2014; 67: p. 238-241.
3. Boulware, L.E., et al., Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Annals of Internal Medicine*, 2007; 146(4): p. 289-300.
4. Grooten, W., et al., Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen?, Karolinska Institutet, 2014: Stockholm.
5. Krogsboll, L.T., et al., General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012; 0: p. CD009009.
6. Soler, R.E., et al., A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedback. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010; 38(2 Suppl): p. S237-62.

Hälsofrämjande arbetsplatser

1. Goetzel, R.Z. and N.P. Pronk, Worksite health promotion how much do we really know about what works? *American Journal of Preventive Medicine*, 2010; 38(2 Suppl): p. S223-5.
2. Hymel, P.A., et al., Workplace health protection and promotion: a new pathway for a healthier--and safer--workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2011; 53(6): p. 695-702.
3. Osilla, K.C., et al., Systematic review of the impact of worksite wellness programs. *The American Journal of Managed Care*, 2012; 18(2): p. e68-81.
4. Rongen, A., et al., Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American journal of preventive medicine*, 2013; 44(4): p. 406-15.
5. Sorensen, G., et al., Integration of health protection and health promotion: rationale, indicators, and metrics. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2013; 55(12 Suppl): p. S12-8.
6. Torp, S., L. Eklund, and S. Thorpenberg, Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008. *Global Health Promotion*, 2011; 18(3): p. 15-22.
7. Schröer, S., J. Haupt, and C. Pieper, Evidence-based lifestyle

interventions in the workplace--an overview. *Occupational Medicine*, 2014; 64(1): p. 8-12.

Matvanor

1. Anderson, L.M., et al., The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009; 37(4): p. 340-57.
2. Hipp, J.A., et al., Review of measures of worksite environmental and policy supports for physical activity and healthy eating. *Preventing Chronic Disease*, 2015; 12: p. E65.
3. Hutchinson, A.D. and C. Wilson, Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 2012; 27(2): p. 238-49.
4. Kahn-Marshall, J.L. and M.P. Gallant, Making healthy behaviors the easy choice for employees: a review of the literature on environmental and policy changes in worksite health promotion. *Health Education & Behavior*, 2012; 39(6): p. 752-76.
5. Kwak, L., et al., Promoting physical activity and healthy dietary behavior: the role of the occupational health services: a scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014; 56(1): p. 35-46.
6. Lin, J.S., et al., Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2014; 161(8): p. 568-78.
7. Livsmedelsverket, Bra mat på jobbet. Råd, möjligheter, förutsättningar och utmaningar, 2007.
8. Maes, L., et al., Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 2012; 22(5): p. 677-83.
9. Martins, R.K. and D.W. McNeil, Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 2009; 29(4): p. 283-93.
10. Ni Mhurchu, C., L.M. Aston, and S.A. Jebb, Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health*, 2010; 10: p. 62.
11. Norberg, S., et al., Samtal om matvanor. Strukturert arbete inom företagshälsövård och arbets- och miljömedicin, 2013.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyg-

gande metoder 2011. 2011.

13. Spahn, J.M., et al., State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 2010; 110(6): p. 879-91.

Tobaksvanor

1. Cahill, K. and T. Lancaster, Workplace interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014; (2): p. CD003440.
2. Cahill, K. and R. Perera, Competitions and incentives for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2011; (4): p. CD004307.
3. Callinan, J.E., et al., Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2010; (4): p. CD005992.
4. Carroll, C., et al., A qualitative evidence synthesis of employees' views of workplace smoking reduction or cessation interventions. *BMC Public Health*, 2013; 13: p. 1095.
5. Fishwick, D., et al., Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine*, 2013; 63(8): p. 526-36.
6. Chen, Y.F., et al., Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 2012; 16(38): p. 1-205, iii-v.
7. Folkhälsomyndighet, Tobaksfritt arbetsliv. Ideskript för arbetsgivare, 2010.
8. Hettema, J.E. and P.S. Hendricks, Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2010; 78(6): p. 868-84.
9. Leeks, K.D., et al., Worksite-based incentives and competitions to reduce tobacco use. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010; 38(2 Suppl): p. S263-74.
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Workplace interventions to promote smoking cessation. Nice public health guidance 5. [Guidance.nice.org.uk/ph5](http://guidance.nice.org.uk/ph5). 2007.
11. Norberg, S., R.I. Walther, and M. Larsson, Rökavänjning inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin. 2013.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. 2011.

Alkoholbruk

1. Anderson, P. Alcohol and the workplace. 2012; Available from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_

file/0009/191367/8-Alcohol-and-the-workplace.pdf.

2. Cashman, C.M., et al., Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009; (2): p. CD006566.
3. Dawson, J., et al., European Workplace and Alcohol Toolkit for alcohol-related interventions in workplace settings. Department of Health of the Government of Catalonia. Catalonia, 2013: Barcelona
4. Donoghue, K., et al., The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 2014; 16(6): p. e142.
5. Kaner, E.F., et al., Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007; (2): p. CD004148.
6. Moyer, V.A., Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 2013; 159(3): p. 210-8.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, Nice public health guidance CG115. www.nice.org.uk/guidance/cg115. 2011
8. Norberg, S., R.I. Walther, and S. Wåhlin, Samtal om alkohol. Strukturerat arbete inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicin. 2013.
9. O'Donnell, A., et al., The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 2014; 49(1): p. 66-78.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. 2011.
11. Webb, G., et al., A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 2009; 104(3): p. 365-77.

Fysisk aktivitet

1. Conn, V.S., et al., Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009; 37(4): p. 330-9.
2. Freak-Poli, R.L., et al., Workplace pedometer interventions for increasing physical activity. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013; 4: p. CD009209.
3. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2015. <http://www.fyss.se/om-fyss-2/fyss-2015/>
3. Hipp, J.A., et al., Review of measures of worksite environmental and policy supports for physical activity and healthy eating. *Preventing Chronic Disease*, 2015; 12: p. E65.

4. Hutchinson, A.D. and C. Wilson, Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promotion International*, 2012; 27(2): p. 238-49.
5. Kahn-Marshall, J.L. and M.P. Gallant, Making healthy behaviors the easy choice for employees: a review of the literature on environmental and policy changes in worksite health promotion. *Health Education & Behavior*, 2012; 39(6): p. 752-76.
6. Kwak, L., et al., Promoting physical activity and healthy dietary behavior: the role of the occupational health services: a scoping review. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2014; 56(1): p. 35-46.
7. Malik, S.H., H. Blake, and L.S. Suggs, A systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 2014; 19(1): p. 149-80.
8. Orrow, G., et al., Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2012; 344: p. e1389.
9. Pavey, T.G., et al., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of exercise referral schemes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 2011; 15(44): p. i-xii, 1-254.
10. Richards, J., et al., Face-to-face interventions for promoting physical activity. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013; 9: p. CD010392.
11. Soler, R.E., et al., Point-of-decision prompts to increase stair use. A systematic review update. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010; 38(2 Suppl): p. S292-300.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. 2011.
13. To, Q.G., et al., Workplace physical activity interventions: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 2013; 27(6): p. e113-23.

Stillasittande

1. Neuhaus, M., et al., Iterative development of Stand Up Australia: a multi-component intervention to reduce workplace sitting. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2014; 11: p. 21.
2. Neuhaus, M., et al., Reducing occupational sedentary time: a systematic review and meta-analysis of evidence on activity-permissive workstations. *Obesity reviews*, 2014; 15(10): p. 822-38.
3. Shrestha, N., et al., Workplace interventions for reducing sitting at work. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(1).

Implementering

1. Guldbrandsson K. Nyhet till Vardagsnytt – om implementeringens mödosamma konst. *Folkhälsoinstitutet* 2007

Anteckningar:

Anteckningar: