

# **HÄLSOSAM ÅR 1997-ÅR 2001**

**En hälsoundersökning av kvinnor som arbetar i barnomsorgen**

**Huddinge kommun**

**Håkanson C-E. Hällström T. Olson K. Tärnell B. 2002 01 05**

## INNEHÅLL

# HÄLSOSAM ÅR 1997-2001

## EN HÄLSOUNDERSÖKNING AV KVINNOR ANSTÄLLDA I BARNOMSORGEN

### HUDDINGE KOMMUN

## FÖRORD

<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>HISTORIK</b> .....	1
<b>INTRODUKTION</b> .....	2
<b>UNDERSÖKNINGEN GENOMFÖRDES MED FÖLJANDE METODER:</b> .....	2
SPECIELLA TERMER OCH FÖRKORTNINGAR SOM ANVÄNDS UNDERHAND I RAPPORTEN .....	2
<b>SYFTE</b> .....	3
UNDERSÖKNINGENS SYFTE HAR VARIT FYRFALDIGT .....	3
<b>METOD</b> .....	4
DELTAGARE .....	4
EXKLUDERING .....	4
YRKESKLASSIFICERING ENLIGT SEI* AV MATERIALET FRÅN ENKÄT 1. (1997).....	4
YRKESKLASSIFICERING / ARBETSINNEHÅLL .....	5
<b>INSTRUMENT</b> .....	6
ÅR 1997  INSATSER TILL HELA STUDIEPOPULATIONEN .....	6
ÅR 1998  INSATSER TILL HELA STUDIEPOPULATIONEN OCH TVÅ RISKGRUPPER.....	6
ÅR 1999 – 2000  INSATSER TILL TVÅ RISKGRUPPER.....	6
ÅR 2001  FORTSÄTTA INSATSER TILL RISKGRUPPEN KVINNOR MED BMI ≥ 30 .....	6
KRITERIER FÖR RISKGRUPPER I STUDIENS INLEDNINGSFAS, FÄLTARBETE 1997 .....	6
<b>INTERVENTIONER</b> .....	7
INTERVENTION 1. 1 SEPTEMBER – 28 OKTOBER ÅR 1997 .....	7
INTERVENTION 2. 1 JULI – 30 SEPTEMBER ÅR 1998 .....	7
INTERVENTION 3. 15 FEBRUARI ÅR 1999 – 7 APRIL ÅR 2000.....	7
INTERVENTION 4. 15 SEPTEMBER ÅR 1999 – 21 JUNI ÅR 2000 .....	8
<b>DESIGN</b> .....	9
FÖRBEREDELSE .....	9
FYSIOLOGISKA MÄTNINGAR SAMT DEFINITIONER AV MÄT-/ TAKVÄRDEN .....	9
FÄLTARBETE 1 SEPTEMBER – 28 OKTOBER 1997.....	10
RISKGRUPPER.....	10
STATISTISK BEARBETNING .....	11
ANALYS AV BLODUNDERSÖKNINGAR.....	11
ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BEDÖMNINGAR .....	12
BORTFALL UNDER STUDIETIDEN 1997 OCH 1998 .....	12
FÄLTARBETE UTE PÅ ARBETSPLATSERNA 1 SEPTEMBER – 28 OKTOBER 1997 .....	12
ENKÄT 1. 1 SEPTEMBER – 15 DECEMBER 1997 .....	12
MAT-MÄTAREN ÅR 1997.....	12
ENKÄT 2. OM-MÄTNING SAMTLIGA KVINNOR 1 OKTOBER – 15 DECEMBER 1998 .....	12
MAT-MÄTAREN ÅR 1998. ....	12
OM-MÄTNING AV RISKGRUPPER 1 OKTOBER-15 DECEMBER 1998.....	12

<b>RESULTATEN PRESENTERAS I FÖLJANDE ORDNING.....</b>	<b>13</b>
DEL 1. INTERVENTION 1. ÅR 1997.....	13
DEL 2. INTERVENTION 2. DAGBOKSFÖRD MOTION. ÅR 1998.....	13
DEL 3. REDOVISNING AV OM-MÄTNING ÅR 1998.....	13
DEL 3. MAT-MÄTAREN ÅR 1997 OCH ÅR 1998.....	13
DEL 4. INTERVENTION 3. MEDIKAMENTELL BEHANDLING (STATINER). ÅR 1999-2000.....	13
DEL 5. INTERVENTION 4. UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING. ÅR 2000-2001.....	13
<b>REDOVISNING AV FÄLTARBETE ÅR 1997.....</b>	<b>14</b>
<i>BORTFALL</i> .....	14
<i>BORTFALL AV FYSIOLOGISKA MÄTVARIABLER</i> .....	14
<b>ANTROPOMETRISKA RISKMÅTT FÖR HJÄRTRISK.....</b>	<b>14</b>
<i>DEFINITION- ÖVERVIKT</i> .....	15
<i>SAGITTOMETER ETT INSTRUMENT FÖR UNDERSÖKNING AV BUKFETMA</i> .....	15
<i>SLUTSATSER FRÅN VOLVOUNDERSÖKNINGEN AVSEENDE SAGITTALT BUKMÅTT</i> .....	16
<i>MÄTNING AV BUKFETMA HOS KVINNOR I HÄLSOSAM MED SAGITTOMETER</i> .....	16
<b>SAMMANFATTNING AV RESULTAT FRÅN FÄLTARBETE ÅR 1997.....</b>	<b>18</b>
<i>SJÄLVSKATTAD HÄLSA (SRH 1-7)</i> .....	18
<i>SJÄLVSKATTAD HÄLSA (SRH 1-7) YRKESFÖRDELAD</i> .....	19
<b>FYSIOLOGISKA MÄTVARIABLER SOM KAN UTGÖRA HÄLSORISKER .....</b>	<b>21</b>
<b>BESKRIVNING AV BMI-VÄRDEN .....</b>	<b>22</b>
<i>BMI-VÄRDEN FÖR HELA YRKESGRUPPEN OCH EN RISKGRUPP BLAND DE KVINNORNA</i> .....	22
<b>UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING TILL FYRA RISKGRUPPER.....</b>	<b>24</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>24</b>
<b>ENKÄT 1. ....</b>	<b>26</b>
<b>HELA STUDIEPOPULATIONEN .....</b>	<b>26</b>
<i>INLEDANDE FÖRKLARING</i> .....	27
<b>RESULTAT .....</b>	<b>27</b>
<i>ÅLDER OCH NATIONALITETSTILLHÖRIGHET</i> .....	27
<i>ÅLDERSINDELNING</i> .....	27
<i>UTBILDNING</i> .....	27
<i>BOR DU ENSAM ELLER TILLSAMMANS MED NÅGON?</i> .....	28
<i>ANSTÄLLNINGSFORM</i> .....	28
<b>VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSER UNDER SENASTE ÅRET .....</b>	<b>28</b>
<i>EGEN SJUKDOM / OLYCKSHÄNDELSE</i> .....	28
<i>HAR DU SJÄLV BLIVIT VARSLAD ELLER UPPSAGD DE SENASTE 12 MÅNADERNA?</i> .....	29
<i>HAR NÅGON DU BOR IHOP MED BLIVIT ARBETSLÖS DE SENASTE 12 MÅNADERNA?</i> .....	29
<i>FÖRSÄMRAD EKONOMI SENASTE 12 MÅNADER?</i> .....	29
<b>FRÅGOR OM ARBETSMILJÖN.....</b>	<b>30</b>
<i>KÄNNER DU STARK SAMHÖRIGHET MED DINA ARBETSKAMRATER?</i> .....	30
<i>HAR DU UNDER SENASTE 12 MÅNADERNA UPPLEVT KONFLIKT PÅ ARBETET?</i> .....	33
<i>HAR DU BYTT ARBETSPLATS UNDER SENASTE 12 MÅNADER?</i> .....	34
<b>MINSKAT / ÖKAT ANSVAR I ARBETET SENASTE 12 MÅNADER.....</b>	<b>35</b>
<i>MINSKAT ANSVAR I ARBETET SENASTE 12 MÅNADER?</i> .....	35
<i>TABELL 13. ÖKAT ANSVAR I ARBETET SENASTE 12 MÅNADER</i> .....	36
<b>ARBETSTIDER.....</b>	<b>39</b>

<b>ÖVERTIDSARBETE .....</b>	<b>39</b>
<b>ÖVERTIDSARBETE YRKESFÖRDELAD. ....</b>	<b>40</b>
<b>ARBETSBETINGADE HÄLSORISKER.....</b>	<b>43</b>
TRE DIAGRAM REDOVISAR ARBETSMILJÖNS GODA OCH MINDRE GODA SIDOR .....	44
ARBETSMILJÖFRÅGOR YRKESFÖRDELAD .....	47
<b>HAR DET SKETT/PÅGÅR FÖRÄNDRING, OMORGANISATION PÅ DIN ARBETSPLATS? .....</b>	<b>69</b>
<b>ARBETSBELASTNING.....</b>	<b>70</b>
<b>TIDSPRESS I ARBETET. ....</b>	<b>71</b>
<b>ARBETETS SVÅRIGHETSGRAD.....</b>	<b>72</b>
<b>FÅ STÖD OCH UPPBACKNING I ARBETET NÄR DU BEHÖVER? .....</b>	<b>74</b>
<b>SAMARBETE PÅ ARBETSPLATSEN.....</b>	<b>75</b>
<b>ANSTÄLLNINGSTRYGGHET. ....</b>	<b>77</b>
<b>MÖJLIGHET ATT FÖRENA YRKESARBETE OCH PRIVATLIV.....</b>	<b>78</b>
<b>SJÄLVSKATTAD HÄLSA OCH ANDRA HÄLSOFRÅGOR ÅR 1997-1998.....</b>	<b>79</b>
SJÄLVSKATTAD HÄLSA 1-7 (SRH 1-7) HELA YRKESGRUPPEN ÅR 1998 .....	79
SJÄLVSKATTAD HÄLSA 1-7 (SRH 1-7) YRKESFÖRDELAD .....	79
SÖMNSTÖRNINGAR.....	79
<b>PSYKISK OHÄLSA ÅR 1997 OCH 1998.....</b>	<b>80</b>
<b>ARBETSLIV OCH PSYKISK HÄLSA .....</b>	<b>80</b>
<b>PSYKISK OHÄLSA I MATERIALET HÄLSOSAM.....</b>	<b>82</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>82</b>
HAR ANSTÄLLNINGSFORM NÅGON BETYDELSE FÖR UPPKOMST AV PSYKISK OHÄLSA?.....	84
FINNS SAMBAND MED DEPRESSION OCH SJÄLVSKATTAD HÄLSA 1-7 (SRH 1-7)? .....	84
KAN PSYKISK OHÄLSA I HÄLSOSAM JÄMFÖRAS MED RESULTATEN I ARBETSLIV OCH HÄLSA 2000?.....	85
<b>SAMBAND MELLAN ARBETSVILLKOR OCH PSYKISK OHÄLSA .....</b>	<b>85</b>
<b>FÖRÄNDRING OCH OMORGANISATION PÅ ARBETSPLATSEN SENASTE TOLV MÅNADER, HUR HAR DET PÅVERKAT DINA ARBETSFÖRHÅLLANDEN? (ÅR 1997 OCH ÅR 1998).....</b>	<b>86</b>
<b>OMFATTNING AV FÖRÄNDRADE ARBETSVILLKOR. YRKESFÖRDELAD. ....</b>	<b>88</b>
NÄRA SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA .....	88
RELATIVT STARKA SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA .....	88
STARKAST SAMVARIERANDE MED PSYKISK OHÄLSA .....	89
<b>INTERVENTION 2. ÅR 1998 (1 JULI – 30 SEPTEMBER).....</b>	<b>90</b>
DAGBOKSFÖRD MOTION .....	90
<b>INFORMATIONSMÖTE OM MOTION ÅR 1998 (11 OCH 24 JUNI) .....</b>	<b>90</b>
<b>REDOVISADE AKTIVITETER EFTER DAGBOKSFÖRD MOTION.....</b>	<b>92</b>
<b>OM-MÄTNING 1998 10 01 – 1998 12 15 .....</b>	<b>96</b>
1. INSATSER RIKTADE TILL KVINNOR I TVÅ RISKGRUPPER. ....	96

BORTFALL.....	96
2. INSATSER RIKTADE TILL SAMTLIGA KVINNOR SOM DELTAGIT I FÅLTARBETE ÅR 1997. ....	96
BORTFALL.....	97
<b>HÄLSOUNDERSÖKNING AV RISKGRUPPER .....</b>	<b>97</b>
<i>RISKGRUPPENS DELTAGANDE I HÄLSOUNDERSÖKNINGEN</i> (ANTAL KVINNOR ÅR 1998, ÅR 1997) .....	97
<i>RISKGRUPPENS DELTAGANDE I BLODPROVSTAGNING</i> (ANTAL KVINNOR) .....	97
<i>ENKÄTSVAR FRÅN RISKGRUPPERNA</i> .....	98
<b>RESULTAT .....</b>	<b>98</b>
MEDELVÄRDE BMI.....	99
<b>RESULTAT ENKÄT 2. 1998.....</b>	<b>100</b>
<i>YRKESFÖRDELNING AV KVINNOR ANSTÄLLDA I BARNOMSORGEN ÅR 1998</i> .....	100
<b>TABELL 73. ENKÄT 2. ARBETSMILJÖ OCH ARBETSVILLKOR FÖR KVINNOR ANSTÄLLDA I BARNOMSORGEN, HUDDINGE KOMMUN. ....</b>	<b>101</b>
BEROENDE PERSONLIGA VARIABLER.....	101
ARBETSMILJÖFRÅGOR.....	101
<b>ARBETSMILJÖSKILLNADER ÅR 1997-1998 .....</b>	<b>105</b>
6. KÄNNER DU STARK SAMHÖRIGHET MED DINA ARBETSKAMRATER?.....	105
7. FINNS KONFLIKTER PÅ DIN ARBETSPLATS?.....	105
8-11. ANSVAR I ARBETET OCH ÖVERTIDSARBETE?.....	106
12. ÖVERENSSTÄMMER ARBETSKRAVEN MED DIN YRKESKUNSKAP OCH ERFARENHET?.....	106
13-15. KRÄVER DITT ARBETE ATT DU MÅSTE ARBETA MYCKET FORT OCH HÅRT?.....	106
16. FINNS TILLRÄCKLIGT MED TID ATT HINNA MED DINA ARBETSUPPGIFTER? .....	107
17. FÖREKOMMER MOTSTRIDIGA KRAV I DITT ARBETE? .....	107
18. FINNS MÖJLIGHET ATT UTVECKLAS OCH LÄRA NYA SAKER I DITT ARBETE?.....	107
19 -20. KRÄVER DITT ARBETE SKICKLIGHET OCH PÅHITTIGHET?.....	108
21. MÅSTE DU I DITT ARBETE GÖRA OM SAMMA SAK, OM OCH OM IGEN? .....	108
22-23. KAN DU BESTÄMMA HUR OCH VAD SOM SKALL GÖRAS I DITT ARBETE? .....	108
24. FÅR DU UPPSKATTNING FÖR DINA ARBETSINSATSER?.....	108
25. ÅR STÄMNINGEN LUGN OCH BEHAGLIG PÅ DIN ARBETSPLATS? .....	109
26-30. ÄR DET EN GOD SAMMANHÅLLNING OCH ARBETSSÄMJA PÅ ARBETSPLATSEN? .....	109
31. HOT OCH VÅLD PÅ ARBETSPLATSEN? .....	110
32-33. FÖREKOMMER MOBBNING PÅ ARBETSPLATSEN – ATT BLI UTFRUSEN?.....	110
34-37. HAR DET SKETT OMORGANISATION MED ÖKAD ARBETSBELASTNING OCH TIDSPRESS?.....	110
37-38. FÖRÄNDRING AV ARBETETS SVÅRIGHETSGRAD -MÖJLIGHET ATT UTVECKLAS, LÄRA SIG NYTT.?.....	111
39. FÅR DU STÖD OCH UPPBACKNING NÄR DET BEHÖVS I DITT ARBETE? .....	111
40. HUR ÄR SAMARBETET PÅ ARBETSPLATSEN? .....	111
41. FINNS INFLYTANDE OCH KONTROLL ÖVER DET EGNA ARBETET?.....	112
42. UPPLEVER DU ANSTÄLLNINGSTRYGGHET? .....	112
43. FINNS MÖJLIGHETER ATT FÖRENA YRKESLIV MED PRIVATLIVET?.....	112
<b>HÄNDELSER I KVINNORNAS PRIVATA LIV ÅR 1998. ....</b>	<b>112</b>
<b>VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSER .....</b>	<b>113</b>
SKILSMÄSSA .....	113
BARNAFÖDANDE, ADOPTION.....	113
PROBLEM MED BARN.....	113
ANDRA PERSONLIGA FÖRLUSTER .....	113
MISSHANDEL ELLER UTSATT FÖR ANDRA BROTT.....	113
EKONOMISKA OCH ANDRA SOCIALA PROBLEM .....	113
<b>REDOVISNING AV MAT-MÄTAREN ÅR 1997 OCH 1998.....</b>	<b>114</b>
INLEDANDE FÖRKLARING.....	114

<b>RESULTAT .....</b>	<b>115</b>
<b>INTERVENTION 3. ÅR 1999 - 2001.....</b>	<b>117</b>
MEDIKAMENTELL BEHANDLING MED PRAVACHOL (PRAVASTATIN) .....	117
FAKTA / KOLESTEROL.....	117
LÄKEMEDELSBEHANDLING MOT HÖGA KOLESTEROLHALTER.....	117
FORSKNING OM KOLESTEROLSÄNKANDE LÄKEMEDEL .....	117
IDENTIFIERING AV EN RISKGRUPP KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL $\geq$ 4,5. ÅR 1997.....	119
<b>UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING NOVEMBER 1997–MARS 1998 .....</b>	<b>119</b>
<b>INTERVENTION 2. DAGBOKSFÖRD MOTION. ÅR 1998.....</b>	<b>120</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>120</b>
MEDELVÄRDEN BMI.....	120
MEDELVÄRDEN LDL KOLESTEROL .....	120
INLEDANDE FÖRKLARING.....	120
<b>ERBJUDAN OM MEDIKAMENTELL BEHANDLING. ÅR 1999.....</b>	<b>121</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>122</b>
<b>UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING .....</b>	<b>122</b>
<b>LÄKARUNDERSÖKNING. ÅR 2000.....</b>	<b>123</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>123</b>
<b>PRAVACHOLENKÄT.....</b>	<b>124</b>
<b>UPPFÖLJANDE MÄTNING ÅR 2001 .....</b>	<b>124</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>124</b>
ANDRA HÄLSORISKER SOM OBSERVERAS FÖR DEN STUDERADE RISKGRUPPEN.....	124
TABELL 75. SAMTLIGA MEDELVÄRDEN LDL-KOLESTEROL ÅR 1997-2001 .....	125
<b>INTERVENTION 4. ÅR 1999- 2001.....</b>	<b>126</b>
UTBILDNINGSPROGRAM .....	126
INTRESSEFÖRFRÅGAN HOS ARBETSGIVAREN .....	126
INVENTERING AV PROGRAM .....	126
FÖRUTSÄTTNING FÖR DELTAGANDE.....	127
ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR .....	127
LOTTDRAGNING .....	127
FANNS SKILLNADER MELLAN DE BÅDA GRUPPERNA? .....	127
BMI-MEDELVÄRDEN I TVÅ GRUPPER .....	128
SJÄLVSKATTAD HÄLSA (SRH).....	128
METODER OCH UPPFÖLJNING .....	129
<b>RESULTAT .....</b>	<b>129</b>
BESKRIVNING AV 54 KVINNOR INBJUDNA ATT DELTA I UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING.....	129
UTBILDNINGENS DELTAGARE.....	131
PSYKOEDUKATIV METOD .....	131
MÅ-BRA-CIRKEL .....	131
MEDELVÄRDEN LDL-KOLESTEROL.....	133
BMI-MEDELVÄRDEN.....	135
FINNS MÄTBAR SKILLNAD AV EFFEKT I DE TVÅ OLIKA PROGRAMMETODERNA? .....	137
KVINNOR SOM DELTAR I TVÅ INTERVENTIONER .....	137
KONTROLLGRUPPEN KVINNOR MED BMI $\geq$ 30 .....	138
<b>SAMMANFATTNING MED RISKBESKRIVNING .....</b>	<b>138</b>

ÖVERVIKT SOM RISKFAKTOR ATT UTVECKLA DIABETES .....	138
BLODSOCKERNIVÅER HOS RISKGRUPPEN KVINNOR MED BMI $\geq$ 30 SOM DELTOG I UTBILDNING.....	139
BLODSOCKERNIVÅER HOS KONTROLLGRUPPEN KVINNOR MED BMI $\geq$ 30 SOM EJ DELTOG I UTBILDNING.....	140
DIABETES EN YRKESRISK ?.....	140
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>141</b>
INLEDNING .....	141
TIDSPRESS OCH RISK FÖR UTBRÄNDHET .....	142
OTRYGG ANSTÄLLNING OCH RISK FÖR UTBRÄNDHET .....	143
HUR MÅNGA KVINNOR UPPNÅR PENSIONSÅLDERN? .....	143
ÖVERVIKT BLAND KVINNORNA .....	143
ANDRA ARBETSMILJÖRISKER.....	144
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>147</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>148</b>
SOCIALA FAKTORER.....	148
ARBETSMILJÖFAKTORER 1997 .....	148
JÄMFÖRELSE ÅR 1997 OCH 1998 .....	148
HÄLSOFRÅGOR.....	150
SJÄLVSKATTAD HÄLSA .....	150
PSYKISK OHÄLSA .....	150
SÖMNSTÖRNINGAR.....	150
ÖVERVIKT OCH RISK FÖR DIABETS .....	150
VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSE SOM PÅ OLIKA SÄTT KAN BIDRA TILL OHÄLSA.....	151
RESULTAT AV 4 INTERVENTIONER.....	151
<b>LITTERATURÖVERSIKT</b>	<b>154-157</b>

## FIGURER

### I. INLEDNING.

1. Figur 1. Yrkesklassificering/ Arbetsinnehåll. ....	5
---	---

### II. DEL 1. INTERVENTION 1. Fältarbete år 1997.

2. Figur 2. Självsfattad Hälsa 1-3 (SRH 1-3). ....	20
3. Figur 3. Självsfattad Hälsa 5-7 (SRH 5-7). ....	20
4. Figur 4. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? .....	32
5. Figur 5. Ökat ansvar senaste 12 månader. Yrkesfördelad. ....	36
6. Figur 6. Betydelse av ökat ansvar. Yrkesfördelad. ....	37
7. Figur 7. Frihet och positiva krav i arbetsmiljön. Hela yrkesgruppen. ....	44
8. Figur 8. Ofrihet och negativa krav i arbetsmiljön. Hela yrkesgruppen. ....	45
9. Figur 9. Har du tillräckligt med tid att hinna med dina arbetsuppgifter? .....	46
10. Figur 10. Omorganisation på arbetsplatserna år 1997 och 1998. ....	86

### VI. DEL 5. INTERVENTION 4. Utbildning riktad till viktreducering.

11. Figur 11. Självsfattad Hälsa 1-7. Två grupper kvinnor med BMI $\geq$ 30. ....	128
12. Figur 12. Medelvärden LDL-kolesterol för kvinnor med BMI $\geq$ 30. ....	134



## TABELLER

### DEL 1. INTERVENTION 1. Fältarbete år 1997.

1. Tabell 1. BMI-klassificering. ....	15
2. Tabell 2. Fältarbete. Redovisning av fysiologiska mätvariabler. ....	17
3. Tabell 3. Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7). ....	19
4. Tabell 4. BMI-värden år 1997. Indelade i sex riskklasser och risknivåer.....	23
5. Tabell 5. Sjukdomsförekomst. Yrkesfördelad. ....	28
6. Tabell 6. Försämrad ekonomi. Yrkesfördelad.	30
7. Tabell 7. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? Åldersfördelad.	31
8. Tabell 8. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? Medelvärdesfördelad.	33
9. Tabell 9. Har du upplevt konflikt på arbetet senaste 12 månader?	33
10. Tabell 10. Att byta arbetsplats, hur betydelsefull var händelsen för dig?	34
11. Tabell 11. Har du bytt arbetsplats senaste 12 månader? Yrkesfördelad.	34
12. Tabell 12. Minskat ansvar i arbetet, hur betydelsefull var händelsen?	35
13. Tabell 13. Ökat ansvar i arbetet hur betydelsefull var händelsen?	36
14. Tabell 14. Ökat ansvar i arbetet senaste 12 månader. Åldersfördelad.	38
15. Tabell 15. Betydelse av ökat ansvar i arbetet. Åldersfördelad.	38
16. Tabell 16. Vilken arbetstid har du vanligtvis?	39
17. Tabell 17. Har det hänt att du arbetat övertid senaste året?	39
18. Tabell 18. Hur stämmer kraven i ditt arbete med dina kunskaper? Hela yrkesgruppen.	41
19. Tabell 19. Hur överensstämmer arbetskrav med yrkeskunskap? Yrkesfördelad.	41
20. Tabell 20. Arbetsmiljöfrågor. Hela yrkesgruppen.	42
21. Tabell 21. Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort? Yrkesfördelad.	47
22. Tabell 22. Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt? Yrkesfördelad.	48
23. Tabell 23. Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats? Yrkesfördelad.	49
24. Tabell 24. Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	50
25. Tabell 25. Förekommer det motstridiga krav i ditt arbete? Yrkesfördelad.	51
26. Tabell 26. Får du lära nya saker i ditt arbete? Yrkesfördelad.	52
27. Tabell 27. Kräver ditt arbete skicklighet? Yrkesfördelad.	53
28. Tabell 28. Kräver ditt arbete påhittighet? Yrkesfördelad.	54
29. Tabell 29. Innebär ditt arbete att man gör om samma saker om och om igen?	55
30. Tabell 30. Har du frihet att bestämma HUR arbetet skall utföras? Yrkesfördelad.	56
31. Tabell 31. Har du frihet att bestämma VAD som skall utföras i arbetet? Yrkesfördelad.	57
31. Tabell 32. Får du uppskattning för dina arbetsinsatser? Hela yrkesgruppen.	58
33. Tabell 33. Får du uppskattning för dina arbetsinsatser? Yrkesfördelad.	58-60
34. Tabell 34. Hur är stämningen på din arbetsplats? Hela yrkesgruppen.	61
35. Tabell 35. Är stämningen lugn och behaglig på din arbetsplats? Yrkesfördelad.	62
36. Tabell 36. Det är god sammanhållning på min arbetsplats. Yrkesfördelad.	62
37. Tabell 37. Mina arbetskamrater ställer upp för mig. Yrkesfördelad.	63
38. Tabell 38. Mina arbetskamrater har förståelse för att jag kan ha en dålig dag.	63
39. Tabell 39. Jag kommer bra överens med mina överordnade. Yrkesfördelad.	64
40. Tabell 40. Jag trivs bra med mina arbetskamrater. Yrkesfördelad.	64
41. Tabell 41. Är du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete? Hela yrkesgruppen.	65
42. Tabell 42. Är du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete? Yrkesfördelad.	65
43. Tabell 43. Känner du dig utfrusen av vissa av dina chefer? Hela yrkesgruppen.	66
44. Tabell 44. Känner du dig utfrusen av vissa av dina chefer? Yrkesfördelad.	66-67
45. Tabell 45. Känner du dig utfrusen av vissa av dina arbetskamrater? Hela yrkesgruppen.	67
46. Tabell 46. Känner du dig utfrusen av vissa av dina arbetskamrater? Yrkesfördelad.	68

## TABELLER

47. Tabell 47. Har det skett/pågår förändring/omorganisation på din arb.plats senaste år?	69
48. Tabell 48. Arbetsbelastning. Minskad, oförändrad, ökad? Hela yrkesgruppen.	70
49. Tabell 49. Arbetsbelastning. Minskad, oförändrad, ökad? Yrkesfördelad.	70
50. Tabell 50. Tidspress i arbetet. Minskad, oförändrad ökad? Hela yrkesgruppen.	71
51. Tabell 51. Tidspress i arbetet. Minskad, oförändrad ökad? Yrkesfördelad.	71
52. Tabell 52. Arbetets svårighetsgrad. Hela yrkesgruppen.	72
53. Tabell 53. Arbetets svårighetsgrad. Yrkesfördelad.	72
54. Tabell 54. Möjligheter att utvecklas-lära nytt i sitt arbete? Hela yrkesgruppen.	73
55. Tabell 55. Möjligheter att utvecklas-lära nytt i sitt arbete? Yrkesfördelad.	73
56. Tabell 56. Stöd och uppbackning när du behöver? Hela yrkesgruppen.	74
57. Tabell 57. Stöd och uppbackning när du behöver? Yrkesfördelad.	74
58. Tabell 58. Samarbetet på arbetsplatsen? Hela yrkesgruppen.	75
59. Tabell 59. Samarbetet på arbetsplatsen? Yrkesfördelad.	75
60. Tabell 60. Inflytande och kontroll över det egna arbetet? Hela yrkesgruppen.	76
61. Tabell 61. Inflytande och kontroll över det egna arbetet? Yrkesfördelad.	76
62. Tabell 62. Anställningstrygghet? Hela yrkesgruppen.	77
63. Tabell 63. Anställningstrygghet? Yrkesfördelad.	77
64. Tabell 64. Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv? Hela yrkesgruppen.	78
65. Tabell 65. Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv? Yrkesfördelad.	78
66. Tabell 66. I vilken utsträckning har du mått bra senaste veckan? Hela yrkesgruppen.	80
67. Tabell 67. Fördelning av depression år 1997 och 1998. Yrkesfördelad.	83
68. Tabell 68A. Omfattning av förändrade arbetvillkor år 1998. Hela yrkesgruppen.	87
69. Tabell 68B. Arbetsvariabler som kan ha starka samband med psykisk ohälsa	89
<b>DEL 2. INTERVENTION 2. Dagboksförd Motion ÅR 1998</b>	
70. Tabell 69A. Resultat Dagboksförd Motion	91-92
71. Tabell 69B. Medelvärden BMI efter två interventionsförsök. Två riskgrupper.	94
72. Tabell 70. Medelvärden LDL-kolesterol efter två interventionsförsök. Två riskgrupper.	95
<b>DEL 3. OM-MÄTNING ÅR 1998 SAMT MAT-MÄTAREN ÅR 1997 OCH 1998.</b>	
73. Tabell 71A. Riskgruppens BMI-medelvärden, med 6 riskklasser år 1998.	98
74. Tabell 71B. Riskgruppens medelvärden LDL-kolesterol år 1997 och 1998.	99
75. Tabell 72. Yrkesgrupper som besvarar Enkät 2. år 1998 och Enkät 1. år 1997.	100
76. Tabell 73. Arbetsmiljö och arbetsvillkor. Enkät 2. år 1998 (Enkät 1. år 1997).	101-104
77. Tabell 74. Redovisning av Mat-Mätaren år 1997 och 1998.	116
<b>DEL 4. INTERVENTION 3. Medikamentell terapi (Statiner).</b>	
78. Tabell 75. Medelvärden LDL-kolesterol för kvinnor som deltar i Intervention 3. Medikamentell behandling (statiner) mot LDL-kolesterol $\geq 4,5$	124
<b>DEL 5. INTERVENTION 4. Utbildning riktad till viktreducering.</b>	
79. Tabell 76. Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7) år 1997 och 1998 för en riskgrupp som deltar i utbildning riktad till viktreducering år 2000.	129
80. Tabell 77. Mätresultat PULS, BLODTRYCK, KOLESTEROL år 1997 och 1998 för en riskgrupp som deltar i utbildning riktad till viktreducering	130
81. Tabell 78. Mätresultat av kroppsmått år 1997 och 1998 för en riskgrupp som deltar i utbildning riktad till viktreducering	130
82. Tabell 79. Mätresultat år 1997 -2001 för kvinnor med BMI $\geq 30$ som deltar i utbildning riktad till viktreducering år 2000.	132
83. Tabell 80. Medelvärden BMI och LDL-kolesterol för 16 kvinnor med BMI $\geq 30$ som deltar i utbildning riktad till viktreducering samt genomför Dagboksförd Motion.	137
84. Tabell 81. Mätvärden från kontrollgruppen kvinnor med BMI $\geq 30$ som ej deltar i utbildning riktad till viktreducering.	138

## INNEHÅLL

FÖRORD .....	ii
INLEDNING .....	1-13
DEL 1. INTERVENTION 1. Fältarbete år 1997 .....	14-89
DEL 2. INTERVENTION 2. Dagboksförd Motion år 1998.....	90-95
DEL 3. Om-Mätning år 1998 och Enkät 2 år 1998 .....	96-113
DEL 3. Mat-Mätaren år 1997 och 1998 .....	114-116
DEL 4. INTERVENTION 3. Medikamentell terapi år 1999-2000 .....	117-125
DEL 5. INTERVENTION 4. Utbildning till riktad till viktreducering år 2000 -2001 .....	126-140
DEL 6. DISKUSSION. ....	141-146
DEL 6.SAMMANFATTNING.....	147-151
BILAGOR .....	6
Bilagor presenteras separat utanför detta dokument. Undantages dokument 1 och 5.	
1. Metodbok.	
2A. Ansökan till etiska kommittén för Hälsosam.	
2B. Ansökan till etiska kommittén för utbildningsprogram.	
2C. Informerat samtycke.	
3. Mat-Mätaren.	
4. Dagbok för motion.	
5. Sagittometer. Bilder som beskriver mätmetod av bukfetma.	
6. Enkäterna 1,2 , 2B och 3	
LITTERATURFÖRTECKNING .....	154-157

# FÖRORD

Detta dokument om Hälsosam skall ses som ett arbetspapper, innehållande resultat från vår hälsoundersökning av kvinnor som arbetar i barnomsorgen i Huddinge kommun. En hel del återstår ännu att analysera av allt det digra material som samlats ihop under de fyra år (1997-2001) som undersökningen pågått.

Jag har haft förmånen att få arbeta som samordnare för projektet, vilket varit mycket lärorikt, spännande och intressant. Men bitvis också mödosamt. Att skriva detta dokument har inte varit helt lätt, då här finns en oändlig mängd information och material. Det har inte heller gått att åstadkomma ett rappt och lättläst dokument. Det innehåller många detaljerade tabeller, mycket siffror och en del upprepningar.

*Stundtals har det känts som att hantera en jättedeg som ibland hotat jäsa av bakkbordet. Receptet till degen var dessutom långt, krångligt och svårläst med många latinska namn! Några av bullarna blev inledningsvis lite brända och hårdtuggade...*

Dock hoppas jag att läsaren skall få ta del av intressant och spännande information och ny kunskap, kommet från alla de kvinnor som deltagit i undersökningen och som låtit oss ta del av inte enbart deras arbetsliv utan också lämnat information om sina privata och innersta liv. Det har inte funnits så mycket skrivet om kvinnor som arbetar i barnomsorgen i Sverige, varför en del frågor om arbetsmiljön som kommit fram, också kan vara giltiga för andra kvinnor i samma profession?

Under förberedelserna till projektet framfördes farhågor över vissa av frågorna, om de kunde ställas eller om de var alltför privata. I skrivande stund blir min reflexion; -med dessa personliga frågor framträder en tydligare bild av denna undersökta yrkesgrupp kvinnor, som trots en tung arbetsbörda, troget och varmt, men också professionellt tar hand om alla barn i Huddinges förskolor, skolor och på fritids.

Projekt Hälsosam har i huvudsak finansierats av arbetsgivaren, Huddinge kommun. Men vi vill här även framföra ett tack till Svenska Försäkringsföreningen, Land och Sjöfonden i Stockholm, som vid två tillfällen har tilldelat projektet stipendier. Ett personligt tack till dig, Mona-Lisa Jansson (Friskvårdskonsulent i Huddinge kommun), för allt äkta och troget samarbete! Tack för all din hjälp med släpande och mätande och alla glada skratten!

Avslutningsvis ett stort och varmt tack till alla er TJEJER i barnomsorgen, som under hela denna tid ställt upp för detta projekt Hälsosam!

TÄBY den 21 december år 2001.

Berit Tärnell,  
Företagsköterska och samordnare för Hälsosam.

# HÄLSOSAM

## FÖRBEREDELSE.

BAKGRUND	1
HISTORIK	1
INTRODUKTION	2
SYFTE	3
METOD	4
YRKESGRUPPERNAS KODINDELNING	5
INSTRUMENT	6
INTERVENTIONER	7
DESIGN	9
BORTFALL	12
RESULTAT PRESENTERAS I FÖLJANDE ORDNING	13

# HÄLSOSAM

*EN HÄLSOUNDERSÖKNING AV KVINNOR  
ANSTÄLLDA I BARNOMSORGEN I HUDDINGE KOMMUN*

**ÅR 1997-2001**

## **BAKGRUND**

Kvinnors personliga liv karakteriseras av att långvariga påfrestningar är vanligare än hos män (Hällström 1996). Kvinnor är dessutom mera känsliga än män för kroniska påfrestningar och negativa livshändelser (Uhlenluth och medarb.1974). Kvinnor har visserligen i allmänhet ett bättre socialt nätverk än män, vilket ger bättre förutsättningar för socialt stöd. Detta nätverk har dock visat sig ha både positiva och negativa effekter för kvinnors hälsa.

Kvinnors arbetssituation har uppmärksammats allt mer på senare år. Vi börjar också förstå att de metoder vi tidigare använt för att studera arbetsförhållanden inte alltid är relevanta för kvinnor (Johnson JV, Hall EM 1996). De psykosociala och biomedicinska riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar är sålunda inte desamma för kvinnor som för män. Då hjärt- och kärlsjukdomar dominerar som dödsorsak i Sverige hos både män och kvinnor kommer riskfaktorer för dessa sjukdomar hos kvinnor att speciellt studeras (Socialstyrelsen 1996).

Kvinnors arbetssituation kännetecknas i många grupper av negativa förändringar, vilket särskilt gäller för offentliganställda inom vård och omsorg. Andelen högstressarbeten för kvinnor har ökat under 1980-talet från 15 procent till 21 procent, vilket är sex gånger så stor ökning som för män (Krantz 1994, Lundberg ).

## **HISTORIK**

Den politiska majoriteten i Huddinge kommun beslutade 1995 att verka för tidiga rehabiliteringsinsatser för de anställda. År 1997 fanns i kommunen 4 255 personer med fast anställning varav 83 procent var kvinnor. Av dessa arbetade då 1294 personer inom barnomsorgen (Huddinge kommun 1996).

Aktuell forskning visar att de som arbetar inom barnomsorgen är en utsatt grupp. Då det inte tidigare i Huddinge kommun gjorts någon kartläggning av de anställdas hälsa och förekomst av olika riskfaktorer som skulle kunna ligga till grund för utformningen av kommunens friskvård och hälsovårdande insatser beslutade dåvarande arbetsmiljökommittén i Huddinge kommun 1997, att göra en riktad hälsoundersökning till den gruppen anställda inom barnomsorgen i Huddinge.

## INTRODUKTION

Projektet fokuseras på kvinnors liv och hälsa, eftersom huvudsakligen kvinnor arbetar inom barnomsorgen. Dessutom inriktas särskilda insatser för att spåra en grupp bland kvinnorna med ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, då dessa sjukdomar dominerar som dödsorsak i Sverige hos både kvinnor och män (Socialstyrelsen 1996). För att minska risken för bortfall valdes att genomföra undersökningen genom uppsökande verksamhet ute på arbetsplatserna, i förskolor, skolor och på fritids. Därför utformas projektet inledningsvis som ett fältarbete med tre team, bestående av fem sjuksköterskor och en friskvårdsassistent.

Undersökningens syfte har varit fyrfaldigt:

1. Beskrivande
2. Analyserande
3. Interventivt
4. Utvecklande

Under perioden för Fältarbetet 1997 nyupptäckts kvinnor med högt blodtryck, diabetes, struma, blodbrist och cancer. Den gruppen får omgående nödvändiga medicinska insatser. Dessutom finner vi två riskgrupper definierade att ha en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

### ***Undersökningen genomfördes med följande metoder:***

FÄLTARBETE (1997)

ENKÄTUNDERSÖKNING 1. (År 1997) och 2. (År 1998) 2B. (År 2000) 3. (År 2000-2001)

INTERVENTION 1. Kostinformation till samtliga, muntligt och skriftligt (År 1997)

INTERVENTION 2. Dagboksförd motion under tre månader. Riktad till riskgrupp (År 1998)

INTERVENTION 3. Pravacholbehandling till riskgrupp LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  (År 1999-2000)

INTERVENTION 4. Utbildningsprogram till riskgruppen BMI  $\geq 30$  (År 2000)

### ***Speciella termer och förkortningar som används underhand i rapporten***

Är beskrivna och kan läsas under Bilaga 1.

## **SYFTE**

Undersökningens syfte har varit fyrfaldigt

- beskrivande, analyserande, interventivt och utvecklande.

### **Beskrivande del**

Projektet syftar till

- Beskriva deltagarnas levnadssituation  
Påfrestningar, socialt stöd och krav. Påfrestningar i arbetet och stöd i arbetet.
- Beskriva förekomsten av traditionella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar  
Rökning, högt LDL-kolesterol, fettintag, bukfetma, låg motionsgrad, diabetes.
- Beskriva förekomsten av psykisk ohälsa.

### **Analytisk del**

- Beskriva samband mellan faktorer i levnadssituationen, psykisk ohälsa, framför allt depression och traditionella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar.

### **Intervention**

#### **Studera eventuella effekter**

1. Dels av en enkel kostintervention riktad till hela gruppen kvinnor samt kost och motionsintervention i två riskgrupper på kända riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar
  - Kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre
  - Kvinnor med BMI 30 och högre
2. Dels av riktade tilläggsinterventioner till dessa båda riskgrupper.

Projektet har karaktären av en longitudinell hälsouppföljning av en grupp arbetsföra kvinnor anställda i barnomsorgen i Huddinge kommun. Dessutom innehåller projektet en mindre randomiserad studie med en kontrollgrupp i ett av fyra interventionsförsök riktad till en av två riskgrupper bland kvinnorna som visat sig ha en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, för att om möjligt nedbringa den risken.

### **Utvecklande del**

Projektets resultat kommer om möjligt att användas för att effektivisera och utveckla folkhälsoarbetet i Huddinge kommun.



## METOD

### ***Deltagare***

I vår undersökning ingår alla de personer som arbetar med barnomsorg i förskolor, skolor och på fritids, med barn upp till och med 6-årsverksamheten, och som är anställda under perioden 1997 och fortsättningsvis fram till år 2001 i Huddinge kommun. I undersökningen ingår även kökspersonal och lokalvårdare. Enligt tillgänglig statistik 1997 består hela arbetsgruppen av 1294 personer, i huvudsak kvinnor.

### ***Exkludering***

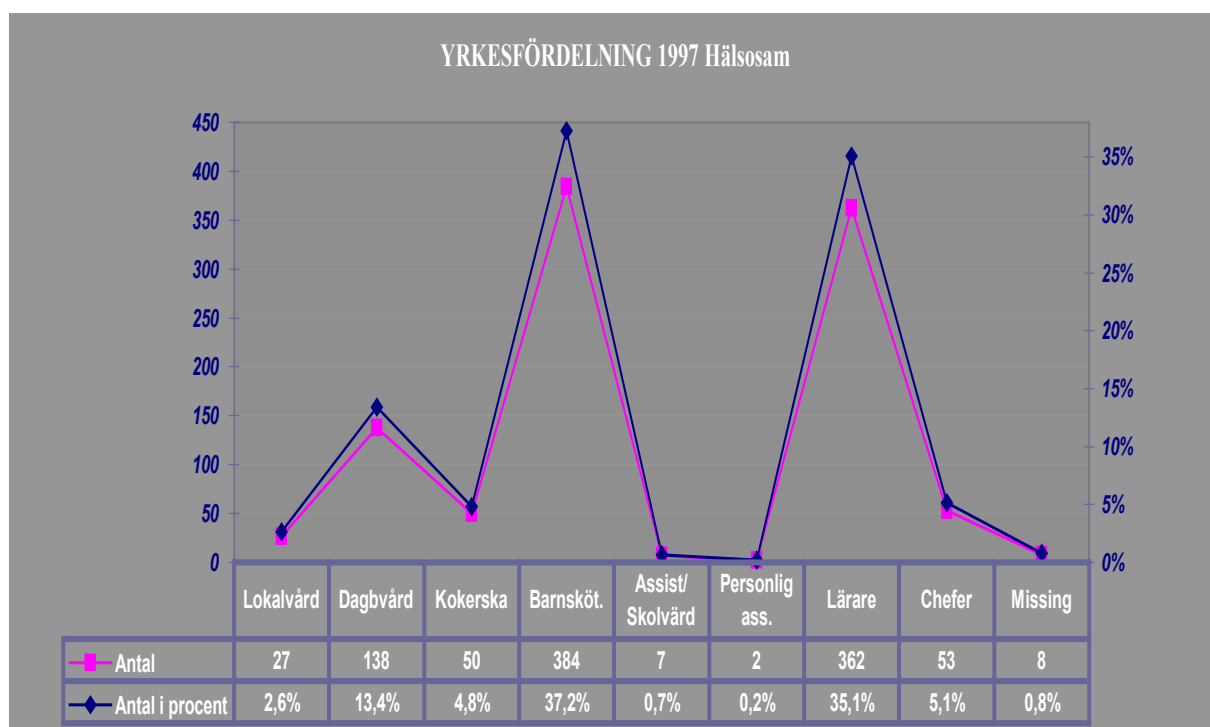
Då så få män ingår (48 personer ) i undersökningen vid Fältarbetet år 1997, väljer vi att i den statistiska bearbetningen endast redovisa resultat från kvinnorna. Dessutom redovisas inte heller svar från yrkeskoderna 33 och 36, då de tillsammans endast består av nio kvinnor. Anledningen till beslutet är oro för intrång i personlig integritet. (se nedan under Yrkesklassificering/arbetsinnehåll).

### ***Yrkesklassificering enligt SEI\* av materialet från Enkät 1. (1997)***

Kod 12 Dagbarnvårdare, Lokalvårdare, Skolmåltidsbiträde  
Kod 22 Barnskötare, Kock / Kokerska  
Kod 33 Elevassistent, Hemspråkstränare, Skolvård  
Kod 36 Personlig assistent  
Kod 46 Förskolechef, Enhetschef, Daghemsföreståndare  
Kod 46 Förskollärare, Fritidspedagog, Specialpedagog  
Kod 46 Socialpedagog, Särskollärare  
Kod 56 Barnomsorgsassistent, utvecklingsledare

***Yrkesklassificeringen*** ovan redovisas enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) med \*Socioekonomisk Indelning (SEI) där redovisade yrkesgrupper ingått i vårt material. Klassificeringen grundar sig på ***olika utbildningsnivåer*** .

Enligt SEI görs indelningen / klassificeringen med hjälp av uppgifter om individens yrken. För den förvärvsarbetande befolkningen består den i sin fullständiga form av arton olika socioekonomiska grupper. Kodindelningen ovan beskrivs utan att redogöra för antalet individer i varje yrkeskod. Den beskrivs emellertid i nedanstående redovisning, enligt en indelning på arbetsgivarens rekommendation, för att lättare kunna jämföra olika yrkesgrupper och deras olikheter arbetsmässigt i den fortsatta redovisningen



Figur 1. Yrkesklassificering /Arbetsinnehåll. (Antal/Procent) Hälsosam 1997.

### **Yrkesklassificering / Arbetsinnehåll**

Kodindelningen fördelas enligt arbetsgivarens önskemål för att tydligare avspegla arbetsskillnader hos barnomsorgspersonalen, bättre än den yrkesfördelning som SEI redovisar.

### **Yrkesgruppens slutliga kodindelning (Se figur 1.)**

	<b>Antal kvinnor</b>
<b>Kod 11</b> Lokalvårdare	27
<b>Kod 12</b> Dagbarnvårdare	138
<b>Kod 20</b> Kock / Kokerska, Skolmåltidsbiträde	50
<b>Kod 22</b> Barnskötare	384
<b>Kod 33</b> Elevassistent, Skolvård	7
<b>Kod 36</b> Personlig assistent	2
<b>Kod 46</b> Förskollärare, Hemspråkstränare, Fritidspedagog Specialpedagog, Socialpedagog, Särskollärare	362
<b>Kod 56</b> Förskolechef, Enhetschef, Daghemsföreståndare Barnomsorgsassistent, Utvecklingsledare	53
<i>Missing</i>	8

**Totalt 1 031 kvinnor**

För åtta kvinnor saknas information om yrkestillhörighet.

Under yrkeskoderna 33 och 36 ingår nio kvinnor. I den fortsatta redovisningen avstås att redovisa resultat från de två yrkesgrupperna där så få personer ingår. Anledningen är oro för integritetsintrång. Svar från dem ingår i resultat som redovisas från hela arbetsgruppen.

## **INSTRUMENT**

### **År 1997    *Insatser till hela studiepopulationen***

- Enkät 1.
- Hälsomålets Mat-Mätare
- Apotekens allmänna råd för hjärt- och kärhälsa
- Bra Mat för alla, Broschyr Svenska Diabetesförbundet

### **År 1998    *Insatser till hela studiepopulationen och två riskgrupper***

- Enkät 2.
- Hälsomålets Mat-Mätare

### **Insatser till kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre och / eller BMI 30 och högre**

- Hälsouppföljning modell Fältarbete 1997
- Dagboksförd motion

### **År 1999 – 2000    *Insatser till två riskgrupper***

#### **Kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre**

- Enkät 2.B
- Hälsouppföljning modell Fältarbete 1997
- Enkät om Pravacholmedicinering. Till kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre

#### **Kvinnor med BMI 30 och högre och som deltar i viktreduceringsprogram**

- Enkät 3. Delas ut före/efter utbildning samt 6 månader efter avslutat utbildning
- Hälsouppföljning modell Fältarbete 1997 enligt ovanstående tids- schema
- Enkät med kursspecifika frågor

### **År 2001    *Fortsatta insatser till riskgruppen kvinnor med BMI $\geq$ 30***

- Enkät 3. Till kvinnor med BMI 30 och högre. Uppföljning 1 år och 1½ år efter utbildning
- Hälsouppföljning modell Fältarbete 1997 enligt ovanstående tids- schema.

### ***Kriterier för riskgrupper i studiens inledningsfas, Fältarbete 1997***

- Kvinnor med BMI 30 och högre
- Kvinnor med totalkolesterol 6,5 och högre (Lipotrend)
- Kvinnor med LDL 4,5 och högre
- Kvinnor med puls 88 slag/ min och högre
- Kvinnor med blodtryck högre än 140/ 90

Till gruppen kvinnor som röker och med avsaknad av någon av ovanstående riskfaktorer gjordes ingenting ytterligare, utöver insatser under Fältarbetet.

## **INTERVENTIONER**

### ***Intervention 1. 1 september – 28 oktober år 1997***

#### **Kostinformation**

En kort muntlig och skriftlig information om kost lämnades till alla deltagare i undersökningen. Den skriftliga informationen bestod av Bra Mat för alla, utgiven av Svenska Diabetesförbundet samt Apotekens allmänna råd för hjärt- och kärlhälsa.

Dessutom erhöles en kostenkät Hälsomålets Mat-Mätare där frågor om kostvanor avseende fett och fibrer besvarades.

### ***Intervention 2. 1 juli – 30 september år 1998***

#### **Riskgrupperna**

Två riskgrupper identifierades enligt våra kriterier för ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

- Kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre
- Kvinnor med BMI 30 och högre

De inbjödes efter information om motionens betydelse för hjärt-kärlhälsa, att föra dagbok över sin motion i ett förutbestämt protokoll under tre månader.

### ***Intervention 3. 15 februari år 1999 – 7 april år 2000***

**Kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre**

**Medikamentell behandling med Pravachol**

De kvinnor som efter perioden med dagboksförd motion och efter en förnyad personlig undersökning enligt modell Fältarbete 1997 med en omfattande blodprovstagning och som fortfarande visade sig ha LDL-kolesterol 4,5 och högre erbjödes:

1. Med ett brev erbjödes medikamentell behandling med Pravachol under ett år.
2. En första kontrollmätning genomfördes efter tre månader med blodprov. 15 - 30 maj 1999.
3. Ett-årsuppföljning med labkontroll. Brev 6 mars 2000.
4. Inbjudan till ett läkarbesök. 5 - 7 april år 2000.
5. Uppföljning med blodprovstagning. December år 2000.

#### **Intervention 4. 15 september år 1999 – 21 juni år 2000**

##### Kvinnor med BMI 30 och högre Utbildningsprogram riktade till viktreducering

Samtliga kvinnor med BMI 30 och högre erbjuds att delta i ett av två utbildningsprogram riktade till viktreducering. Kvinnorna inbjöds med ett brev (15 september 1999) att delta i ett tio veckor långt utbildningsprogram under av arbetsgivaren betald arbetstid. I brevet informeras att utbildningen innehåller två olika program och att man inte själv kan få välja program. Slumpen avgör med hjälp av en lottning i vilket av programmen man ingår. Dessutom utlovas att alla som vill kommer att få delta.

- **Det ena programmet bygger på en psykoedukativ metod.**

Utbildningen leds av en auktoriserad socionom och kognitiv beteendepedagog knuten till institutionen för psykiatri, Karolinska Institutet. Utbildningen inleds med ett informationsmöte december år 1999. Utbildningen startar därefter januari år 2000. (Metodbeskrivning. Bilaga 2.)

- **Det andra programmet leds av Personalhälsans företagsläkare i Huddinge kommun.**

Utbildningen utformas som en Må Bra –Cirkel med inbjudna föreläsare för de olika avsnitten. Utbildningen inleds direkt under december år 1999. (Metodbeskrivning. Bilaga 2.)

Efter en i förväg genomförd lottdragning (2 november 1999) indelas deltagarna i fyra grupper med 15 kvinnor till varje kursprogram.

**Kurs 1.** 10 januari – 20 mars år 2000

**Kurs 2.** 27 mars – 21 juni år 2000

Samtliga kvinnor undersöks före och efter utbildningen, sex månader senare, 1 år efter samt 1½ år efter avslutad utbildning, enligt modell Fältarbete (1997). Dessutom ingår som tidigare en omfattande blodprovstagning (Fasteprov).

##### Utvärdering av två utbildningsmetoder

För att i efterhand eventuellt kunna studera mätbara effekter av metodskillnader i de båda utbildningarna framställs en enkät med kurs-specifika frågor (tio frågor från varje metod). Frågorna blandas därefter slumpvis i denna enkät. Frågorna besvaras anonymt av deltagarna, men med uppgift om vem som är ansvarig kursgivare. Informationen om vem som varit ansvarig kursgivare är dold för den som senare utarbetar ett index för att på så sätt kunna avgöra om mätbara effekter går att iaktta. Alla deltagare erhåller detta frågeformulär med ett brev fyra veckor efter avslutad utbildning.

## DESIGN

Arbetet att genomföra undersökningen uppdras dåvarande företagsläkare (Carl-Erik Håkanson) anställd vid Personalhälsan Huddinge kommun. Under projekttiden april 1997 och fortfarande år 2001 arbetar en företagssköterska och utbildad forskningssköterska (Berit Tärnell) som samordnare för projektet.

Under projekttiden inleds ett samarbete (professor Tore Hällström) med FoUU-enheten för psykiatri, Huddinge Universitetssjukhus. För Fältarbetet projektanställs ytterligare fyra sjuksköterskor.

En friskvårdskonsulent (Mona - Lisa Jansson) från Huddinge kommun deltar också i arbetet. För statistikbearbetningen anställs senare i projektet en statistiker (Kerstin Olson).

Fältarbetet inleds med att samtliga fem sjuksköterskor under tre dagar samtränar alla de mätningar som skulle utföras. Mätresultaten dokumenterades och jämfördes.

Alla i teamen erhåller dokumentation som beskriver de olika mätmetoderna en s.k. Metodbok (Bilaga 1.). Dessutom förses alla team med identisk mätutrustning.

### **Förberedelser**

- Information till alla anställda i barnomsorgen om projektet, 28 april – 30 maj 1997.
- Litteraturinsamling, juni – augusti 1997.
- Information och samträning för arbetsteamerna, 25-27 augusti 1997.

### **Fysiologiska mätningar samt definitioner av mät-/ takvärden**

( Se Metodbok. Bilaga 1.)

Följande variabler utgjorde våra fysiologiska mätpunkter:

- |              |  |
|--------------|--|
| 1. Puls      | 7. Bukomfång                             |
| 2. Blodtryck | 8. Bukfetma (Sagittometer)               |
| 3. Längd     | 9. Kolesterol (Lipotrend, ej fastevärde) |
| 4. Vikt      | 10. Body Mass Index (BMI)                |
| 5. Midjemått | 11. WAIST/HIP (Midjemått/ Höftmått)      |
| 6. Höftmått  | 12. Självs kattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7)    |

Dessutom ingick frågor om rökning, alkohol, medicinkonsumtion och motionsvanor.

## **Fältarbete 1 september – 28 oktober 1997**

Undersökningen inleds med Fältarbetet, där en hälsoscreening genomförs av all barnomsorgspersonal anställda i Huddinge kommun.

Under tiden 1 september- 28 oktober 1997 undersöks mer än tolvhundra personer företrädesvis kvinnor ute i sina arbetsmiljöer. Ett av målen är att finna anställda med ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar.

Tre team, med två sjuksköterskor i två team och en företagssköterska och en friskvårdsassistent i det tredje teamet, besöker samtliga förskolor, skolor och fritids inom Huddinge kommun, där all personal som ingår i förskoleverksamheten arbetar.

Där undersöks personalen avseende olika kroppsmått, med längd och vikt, BMI och midjastuss-höftmått och bukumfång. Bukfetma undersöks med ett nytt instrument, Sagittometer. Dessutom mäter vi puls och blodtryck och tar blodprov (Lipotrend), där vi screenar för total kolesterol, med ett takvärde fastställt till 6,4 (ej fastprov). Resultat av kolesterolvärdet lämnas samma dag till de undersökta kvinnorna.

Det lämnas dessutom en kort muntlig och en skriftlig kostinformation till alla deltagare.

Vi överlämnar också **Enkät 1**. Den innehåller frågor om fysisk och psykisk hälsa, frågor om allvarliga livshändelser och frågor om hur man har det på jobbet. En del frågor om fritid och kostvanor finns också med. För att efterfråga kostvanor om fiber och fettförekomst i maten användes Hälsomålets enkät Mat-Mätaren.

### **Riskgrupper**

De kvinnor som visar sig ha total kolesterol (Lipotrend) 6,5 och högre och / eller BMI 30 och högre ingår i vår förutbestämda riskgrupp. De undersöks senare (1997 10- 1998 03) med en utökad blodprovstagning (fastprover) och ett Elektrokardiogram , Vilo-EKG (EKG.).

De som visar tecken till förhöjt blodtryck erhåller genom vår försorg vid senare tillfälle en förnyad blodtrycksmätning. Rekommendation lämnas, om förnyad kontroll hos distriktssköterska eller kontakt med husläkare om blodtrycket då fortfarande visar sig vara förhöjt.

För de som redan medicinerar mot högt blodtryck och som uppvisar onormala värden vid vårt besök rekommenderar vi förnyad kontakt med vårdgivaren. Några i dessa grupper remitterades av oss till en läkarkontakt. Kvinnor med en puls på 88 och högre erbjuds en utökad blodprovstagning (fastprov) samt ett EKG.

Under perioden för fältarbetet nyupptäckter vi personer med högt blodtryck, diabetes, struma, blodbrist och cancer. Den gruppen erhåller omgående nödvändiga medicinska insatser.

## ***Statistisk bearbetning***

För att sammanställa och bearbeta all inhämtad information i enkäter och av våra genomförda fysiologiska mätningar registreras allt material med en scanningmetod som sedan presenterades i excellfiler. Inscanningsarbetet genomfördes av dataföretaget TIETO-Enator. Statistiska beräkningar av allt datamaterial genomfördes med ett statistikprogram SPSS 9.0 för Windows, uppgraderad 2001 02 26 till Version 10.1.0. Sammanställning av det statistiska materialet utfördes av en projektanställd statistiker.

## ***Analys av blodundersökningar***

Alla blodprover tagna efter perioden för Fältarbete 1997 är fasteprover, och utfördes hos förutbestämda akrediterade provtagningsmottagningar som har avtal med Huddinge Universitetssjukhus. Samtliga blodprover analyserades av Lab. Medicin, Huddinge Universitetssjukhus. Provresultaten överfördes därefter till vårt statistiska dataprogram.

## ***Etiska frågeställningar och bedömningar***

### **Ansökan 1. År 1997**

Ansökan för projekt Hälsosam inlämnades till Huddinge sjukhus etiska kommitté för bedömning. De lämnade beskedet att någon särskild ansökan ej var nödvändig, då projektet ansågs ligga helt i linje med företagshälsovårdens normala arbetsuppgifter (Bilaga 2 A).

### **Ansökan 2. ÅR 1999**

För viktreduceringsprogrammen riktat till gruppen kvinnor med BMI 30 och högre ansöktes och godkändes metoderna av den etiska kommittén ( Bilaga 2 B)

Till samtliga kvinnor som deltog i projekt Hälsosam lämnades och inhämtades muntligt och skriftligt informerat samtycke, samt lämnades information om att man när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att detta skulle kunna påverka eventuella framtida vårdbehov. Information om tystnadsplikt meddelades också ( Bilaga 2 C).

Enligt arkiveringslagen skyddas allt material med arkivering under 10 år till år 2010 och skall förvaras i arkiv hos Huddinge Universitetssjukhus.



## **BORTFALL UNDER STUDIETIDEN 1997 OCH 1998**

### **FÄLTARBETE UTE PÅ ARBETSPLATSERNA 1 september – 28 oktober 1997**

1294 personer var möjliga att ingå i undersökningen. Under fältarbetet undersöks 1210 personer, 1162 kvinnor, 48 män (männen exkluderas efter Fältarbetet).

Bortfall: 4 procent av kvinnorna.

### **ENKÄT 1. 1 september – 15 december 1997**

Under tiden för fältarbetet lämnas Enkät 1. personligen till 1210 kvinnor och män.

Enkäten besvaras av 1121 personer, 1031 kvinnor.

Bortfall: 131 enkätsvar från kvinnorna, 11,3 procent.

### **MAT-MÄTAREN År 1997.**

Det är 722 av 1162 kvinnor som besvarar Mat-Mätaren år 1997. Bortfall: 37,9 procent.

### **ENKÄT 2. OM-MÄTNING SAMTLIGA KVINNOR 1 oktober – 15 december 1998**

Enkät 2. postas med ett bifogat brev till bostaden till alla kvinnor som deltagit i vår första undersökning ute på arbetsplatserna, Fältarbete 1997. Totalt postas 1162 enkäter. Det är 79 kvinnor som under året slutar sin anställning i kommunen. Återstår 1083 kvinnor

Det är 888 kvinnor som besvarar Enkät 2. Bortfall: 195 enkätsvar, 18 procent.

### **MAT-MÄTAREN År 1998.**

Det är 640 av 1083 kvinnor som besvarar Mat-Mätaren år 1998. Bortfall: 40,9 procent.

### **OM-MÄTNING AV RISKGRUPPER 1 oktober-15 december 1998**

Ursprungligen ingår 184 kvinnor i den grupp som klassificeras som riskgrupp. I den ingår 48 kvinnor med LDL -kolesterol 4,5 och högre och 136 kvinnor med BMI 30 och högre.

Det är 170 kvinnor från riskgrupperna som kan erbjudas en förnyad undersökning. Här deltar 150 kvinnor, varav 45 kvinnor med LDL -kolesterol 4,5 och högre samt 105 kvinnor med BMI 30 och högre.

Bortfall: 11,8 procent.

Bortfall: Det visar sig att från insamlingstillfälle år 1997 och fram till år 1998 är det 79 kvinnor som slutar sin anställning. Andra orsaker till bortfall är studieledighet, graviditetsledighet, långtidssjukskrivning, garantipension och ålderspension. Någon uppgift om antal kvinnor som under studieperioden erhållit garantipension har ej gått att få, inte heller statistik över studieledighet.

## **RESULTATEN PRESENTERAS I FÖLJANDE ORDNING**

### ***DEL 1. INTERVENTION 1. År 1997***

HELA STUDIEPOPULATIONEN

- Fältarbete
- Utvidgad hälsoundersökning till tre riskgrupper
- Enkät 1.

### ***DEL 2. INTERVENTION 2. Dagboksförd motion. År 1998***

RISKGRUPPEN

- Kvinnor med LDL- kolesterol  $\geq 4,5$
- Kvinnor med BMI  $\geq 30$

### ***DEL 3. REDOVISNING AV OM-MÄTNING År 1998***

HELA STUDIEPOPULATIONEN

- Enkät 2.
- Mat-Mätaren 1997
- Mat-Mätaren 1998

RISKGRUPPEN

Kvinnor med LDL- kolesterol  $\geq 4,5$

Kvinnor med BMI  $\geq 30$

- Utvidgad hälsoundersökning

### ***DEL 3. MAT-MÄTAREN ÅR 1997 OCH ÅR 1998***

HELA STUDIEPOPULATIONEN

### ***DEL 4. INTERVENTION 3. Medikamentell behandling (statiner). År 1999-2000***

RISKGRUPPEN

Kvinnor med LDL- kolesterol  $\geq 4,5$

### ***DEL 5. INTERVENTION 4. Utbildning riktad till viktreducering. År 2000-2001***

RISKGRUPPEN

Kvinnor med BMI  $\geq 30$  och högre.

# HÄLSOSAM ÅR 1997

## INTERVENTION 1.

### INSATS TILL HELA POPULATIONEN

- ENKÄT 1. ÅR 1997
- KOST-INTERVENTION  
MAT-MÄTAREN ÅR 1997

FÄLTARBETE	14
IDENTIFIERING AV RISKGRUPPER	23
UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING	24
RESULTAT ENKÄT 1.	24-89

# REDOVISNING AV FÄLTARBETE ÅR 1997

## Bortfall

Under Fältarbetet september – november år 1997 deltar 1162 kvinnor i undersökningen. Av de kvinnorna är det 1031 som besvarar Enkät 1. I nedanstående redovisning ses av den anledningen skillnader i antal av de kvinnor som redovisas från Fältarbetet och antalet kvinnor i efterföljande redovisning som kommer från enkätmaterialen. Det är 131 kvinnor som inte besvarar Enkät 1.

Bortfall: 11,3 procent

## Bortfall av fysiologiska mätvariabler

I redovisningen av de fysiologiska mätvariablerna, finns bortfall i en del mätningar av kroppsmått. Det var förutbestämt i projektmetoden, att gravida kvinnor endast skulle mätas med längd och vikt och att övriga kroppsmått skulle uteslutas. Dock kan även mätning av längd och vikt ge en viss skevhet i fördelningen av BMI.

Det är 18 gravida kvinnor som deltar i undersökningen. I redovisningen nedan ingår de kvinnornas mätvärden som bortfall i variablerna midja/höft-mått, bukmängd och bukfetma, mätt som ASD (Abdominal Sagittal Diameter). Analysen visar senare att tre av de gravida kvinnorna har BMI  $\geq 30$ . Dessa tre kvinnors mätvärden exkluderas i redovisningen av BMI.

Vi finner också sex kvinnor som är gravida i riskgruppen kvinnor med total kolesterol  $\geq 6,5$ , (Lipotrend) vilket är det värde som ingår som riskvärde vid identifiering av riskgruppen. Då förhöjda kolesterolvärden normalt kan förekomma under graviditeter exkluderas även deras mätvärden i redovisningen av total kolesterol (Lipotrend), och den gravida gruppen kvinnor undersöktes inte ytterligare i det avseendet.

Det är också viktigt att känna till att några av kvinnorna har fler än en riskfaktor, och följaktligen ingår i mer än en riskgrupp. Det gäller för de kvinnor som både har en riskövertikt och förhöjda total kolesterol (Lipotrend). Av den anledningen uppstår ibland svårigheter vid redovisningen av antalet kvinnor som ingår i de olika riskgrupperna. Dessa skillnader beskrivs i den efterföljande redovisningen i materialet för "Om-mätning år 1998" (se sid 99).

## ANTROPOMETRISKA RISKMÅTT FÖR HJÄRTRISK

BMI (BODY MASS INDEX), med värden på 30 och högre anses utgöra en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Ålder spelar också in, vid tolkningen av BMI. Det är naturligt att gå upp i vikt med åren och den lilla uppgången är inte farlig. Ett riktmått är 4 kilos uppgång under en period på 10 år.

## Definition- övervikt

### BMI

Definitionen övervikt är baserat på BMI (BODY MASS INDEX) och det räknar man ut genom att ta sin vikt i kilo och dividera den med kroppslängden i meter multiplicerat med sig själv. Exempel. För en person som väger 70 kilo och är 176 centimeter lång skulle uträkningen se ut så här:

$$70 / (1,76\text{m} \times 1,76\text{m}) = 22,6.$$

Ett önskvärt BMI-värde ligger mellan 18,5 -under 25 för vuxna kvinnor.

Tabell 1. BMI- klassificering indelade i sex kategorier med risker för övervikt.

BMI-klassificering	Risk för komplikationer
BMI $\geq$ 40	Extrem fetma med extrem riskökning
BMI 35 – 39,9	Svår fetma med kraftigt ökade risker
BMI 30 – 34,9	Fetma med ökad risk
BMI 25 – 29,9	Övervikt med något ökad risk
BMI 18,5 – 24,9	Normal vikt med ordinär risk
BMI under 18,5	Undervikt med risk beroende på orsak till undervikten

Källa: Huddinge sjukhus, Överviktsenheten.

### Midja / Höftomfång

Ett annat mått på bukfetma utgörs Midja / Höftomfång vilket även det anses utgöra ett hjärtriskmått och WHO (Världshälsoorganisationen), har föreslagit kvoten 80 som ett gränsvärde för kvinnor. De finns forskning idag som menar att man kommit fram till att midjemåttet är mer intressant att mäta i sammanhanget. WHO har föreslagit att det riktmåttet för kvinnor skall vara 80 centimeter. Är måttet större finns en ökad risk. Kvinnor som har ett midjemått över 88 centimeter har dessutom en ökad risk för följsjukdomar.

### SAGITTOMETER ett instrument för undersökning av bukfetma

På senare år har måttet ASD (Abdominal Sagittal Diameter) d.v.s. avståndet i liggande mellan undersökningsbritten och bukens högsta punkt, visat sig väl korrelera till (samverka med) intra-abdominellt fett (bukfetma) som i sin tur anses vara en oberoende riskfaktor för ischemisk hjärtsjukdom. Bukfetma, som anses utgöra en känd riskfaktor för hjärtsjukdom, mättes med ett antropometriskt mått, ASD som ett mått på hjärtrisk hos kvinnorna i Hälsosam.

Vi genomförde mätningen av bukfetma med ett helt nytt instrument, en sagittometer, aldrig tidigare använd vid studier av bukfetma hos kvinnor. Instrumentet och dess användning för att

mäta bukfetma, redovisades på Riksstämman, november år 1997 och var tidigare presenterad i en artikel i British Medical Journal, mars år 1997

Instrumentet sagittometer är tidigare endast använd i samband med en pågående undersökning av anställda hos Volvo i Sverige och en jämförelsegrupp hos Renault i Frankrike. Den undersökta gruppen består av cirka tusen män i åldrarna 45-50 år. De har följts sedan år 1993 och därefter vart femte år, avseende risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Ett av syftena med Volvos undersökning är att ta reda på vilken av dessa parametrar BMI, Waist/ Hip (Midja/Höftomfång), Midja /Längd, ASD samt ASD/Längd som bäst korrelerar till (samstämmer med) hjärtriskmättet Framinghamrisk och därmed skulle kunna anses vara ett bra mått för hjärtrisk. Tidigare mätningar med datortomografi (multiscan CT) hos personer liggande har visat god korrelation mellan intra - abdominellt fett och den sagittala diametern.

### Slutsatser från Volvoundersökningen avseende sagittalt bukmått

En slutsats som redovisas från Volvoundersökningen avseende metoden att mäta bukfetma med en sagittometer beskrivs nedan i citat hämtat från deras poster:

*” Kvoten abdominell sagittal diameter/längd, ett bra och kliniskt användbart hjärtriskmått: Abdominell Sagittal Diameter (ASD) samt kvoten ASD/Längd synes korrelera minst lika väl eller bättre till hjärtriskmättet Framinghamindex (som innefattar ålder, rökning, diabetes-mellitus, systoliskt blodtryck, total kolesterol/HDL samt vänsterkammartjocklek EKG-mässigt) som de traditionella måtten BMI, Midja / Höftomfång hos den undersökta gruppen friska medelålders män. ASD har tidigare visats väl korrelera till intra abdominellt fett, en i sin tur oberoende riskindikator för ischemisk hjärtsjukdom. Måttet ASD samt ASD/Längd synes kunna vara intressant i klinisk vardag, dessutom är det enkelt att mäta.”*

### Mätning av bukfetma hos kvinnor i Hälsosam med sagittometer

I projekt Hälsosam har denna mätning utförts med kvinnorna liggande på ett arbetsbord med upp och nedhasade kläder, så att mage och rygg varit bar. Instrumentet, ett långt stativ på fyra hjul är försedd med ett metallmåttband infällt i detta stativ på längden. Med två separata, frilöpande metallrundstavar, skänklar, fästade vertikalt på stativet, där den ena skänkeln placerades under ryggen och den andra skänkeln placerades över bukens högsta punkt. Avståndet mellan de båda skänklarna avlästes på stativets måttband. Måttet angavs med enheter per centimeter och närmaste millimeter. Ibland uppstod en ”luftspalt” mellan rygg och bord som då korrigerades med en höjning av den undre skänkeln bättre anpassad mot ryggen, för att på så sätt erhålla en mer exakt mätning ( Se bilaga 5. Bilder som demonstrerar mätmetoden).

Nedan redovisas resultaten från Fältarbete år 1997, med alla fysiologiska mätvariabler från hela yrkesgruppen, totalt 1162 kvinnor. Materialet redovisas med antal kvinnor som deltar i varje mätning, bortfall, det högsta och lägsta mätvärdet, medelvärden samt i procent. Här framgår också ovanstående beskrivna antropometriska kroppsmått, BMI, Midja / Höftomfång, ASD samt ASD / Längd (se tabell 2. Sid 17).

**Tabell 2. Fältarbete 1997 i Hälsosam.**

Fysiologiska mätvariabler som beskriver alla mätresultat från hela yrkesgruppen, 1162 kvinnor, med antal kvinnor, bortfall, de högsta och lägsta mätvärdena samt medelvärden och i procent.

Variabel	Antal	Bortfall	Högsta värde	Lägsta värde	Medel värde	Procent
<b>1. Självs kattad Hälsa för hela gruppen</b>	1158	4			3,06	99,5
<b>a. Självs kattad Hälsa 1-3. (God hälsa)</b>	729				2,27	62,7
<b>b. Självs kattad Hälsa 4. (Mindre god hälsa)</b>	289				4,0	24,9
<b>c. Självs kattad Hälsa 5-7. (Dålig hälsa)</b>	140				5,24	12
<b>2. Regelbunden medicinering</b>	512				1,45	44,1
<b>3. Grad av motion /vecka</b>	1152	10			2,17	95,6
a. 0-1 ggr	469				1,0	40,4
b. 1-2 ggr	277				2,0	23,8
c. 3 ggr	150				3,0	12,9
d. > 3 ggr	256				4,0	22
<b>4. Röker</b>	354	0				30,5
<b>5. Slutat röka &gt; 1år sedan</b>	287	0				24,7
<b>6. Nej, aldrig rökt</b>	519	0				44,7
<b>7. Pulsslag / minut Takvärde 87 slag / min.</b>	1161	1	130	44	69,36	99,9
a. 44-87 slag/min.	104				68,36	95,6
b. 88-130 slag/min.	51				93,73	4,4
<b>8. Systoliskt blodtryck (mmHg) Takvärde 140</b>	1156	6	205	80	117,12	99,5
a. NORMALT ej över 140	1056				113,20	90,9
b. Tecken på hypertoni över 140	100				158,54	8,6
<b>9. Diastoliskt blodtryck (mmHg) Takvärde 90</b>	1156	6	110	40	68,66	99,5
a. NORMALT ej över 90	1122				67,79	96,6
b. Tecken till hypertoni över 90	32				98,84	2,8
<b>10. Längd (cm)</b>	1161	1	184	149	165,30	99,9
<b>11. Vikt (kg)</b>	1160	2	129	39,5	68,43	99,8
<b>12. BMI (BODY MASS INDEX)</b>	1157	5	44,1	16	25,1	99,6
a. BMI < 18,5	17		18,4	16	17,5	1,5
b. BMI 18,5-24,9	640		24,99	18,59	22,4	55,1
c. BMI 25 - 29,9	364		29,99	25	27,2	31,3
d. BMI 30 - 34,9	104		34,9	30	31,9	8,9
e. BMI 35 - 39,9	24		39,2	35	36,5	2,1
f. BMI ≥ 40	8		44,1	40,3	41,9	0,8
<b>13. Midja (cm)</b>	1142	20	135	58	83,20	98,3
<b>14. Höft (cm)</b>	1142	20	146	62,2	102,1	98,3
<b>15. Midja / Höftomfång</b>	1142	20	1,45	0,60	0,81	98,3
<b>16. Bukomfång (cm)</b>	1142	20	140,4	61,5	88,35	98,3
<b>17. Sagittometer (cm)</b>						
a. ASD (Abdominal sagittal diameter)	1142	20	31	11,2	17,80	98,3
b. ASD/ Längd	1142	20	19,38	6,53	10,8	98,1
<b>18. Totalkolesterol (mmol/L. Lipotrend) Takvärde 6,4</b>	1150	12	10,5	2,6	4,73	99
Kolesterol 6,5 och > (mer)	67		10,5	6,5	7,22	6,8
Kolesterol 6,4 och < (mindre)	1083		6,4	2,6	4,57	93,2

# SAMMANFATTNING AV RESULTAT FRÅN FÄLTARBETE ÅR 1997

För att förtydliga redovisningen av ovanstående Tabell 2. som översiktligt beskriver resultat uppnådda efter Fältarbetet år 1997, följer nedan en mer detaljerad beskrivning av fynden och i en del fall kommenteras även dess betydelse för hälsan.

## Självskattad Hälsa (SRH 1-7)

För att på olika sätt ta reda på kvinnornas egen uppfattning om sin hälsa har vi använt oss av flera frågeinstrument både beträffande fysisk och psykisk hälsa. Vi valde efter att ha studerat en utredning, Self Rated Health, ( Björner J.B., Orth-GomerK., Tibblin G., Sullivan M., Westerholm P., 1996.) som i en sorts metaanalys granskat 38 studier företagna mellan åren 1962-1996, nationella och internationella, där frågeinstrumentet Självskattad Hälsa blivit använd.

I utredningen menar man bland annat

*” Människors hälsa kan fastställas på två fundamentalt olika sätt, genom en expert, såsom av en (medicinsk) läkare och av personen själv. Det ena sättet är inte mer vetenskapligt och rätt än det andra. Båda sätten kan hjälpa oss att lära mer om att förbättra människors hälsa och välmående.”*

Författarna pekar bland annat på att instrumentet Självskattad Hälsa (SRH) kan vara ett verktyg för att screena stora grupper av människor för att identifiera högriskgrupper och riskfaktorer. De riktar kritik mot att man i fleratal studier använt detta instrument utan att samtidigt inkludera fysiologiska variabler såsom isometriska mått, puls, kroppsvikt, hjärtrisk, serumkolesterol, systoliskt blodtryck och tobakskonsumtion. De menar också i sin utredning att det t.ex. finns ett signifikant oberoende samband mellan medelålders kvinnor, BMI och Självskattad Hälsa. Dessutom framförs synpunkter om vilken räckvidd som skall anläggas på en VAS- skala vid användandet av instrumentet SRH.

Vi valde att använda en sju-siffrig skala och skapar avslutningsvis av svarsresultaten ett index med tre värden. På frågan om hur man skattar sin hälsa kan man således svara på en skala från 1-7. Där 1 betyder att man mår så bra man kan, det kan inte bli bättre.- Det är Toppen! Värdet 7 innebär att man mår så dåligt att det inte kan bli sämre. -Det är Botten! Index beräknas därefter enligt följande: Personer med SRH 1-3. God hälsa, SRH 4. Mindre god hälsa, SRH 5-7. Dålig hälsa.

I undersökningen Hälsosam skattar nästan 63 procent av kvinnorna att de har en god hälsa (SRH 1-3.). Vid värderingen Självskattad Hälsa 4 ( SRH 4), vilket utgör nästan 25 procent av kvinnorna, bör man vara försiktig i tolkningen vad kvinnorna anser om sin hälsa. Vi är benägna att tolka värdet SRH 4. att man inte anser sig må helt bra, då de tillfrågade kvinnorna inte kunnat ansluta sig till den grupp som skattar sin hälsa mellan 1-3. d.v.s de kvinnor som anser att den egna hälsan är god. Vi vill därför tolka värdet SRH 4. att dessa kvinnor anser sig vara vid mindre god hälsa, men att de önskar att de kunde ha mått bättre, nämligen SRH 1-3. Det är tolv procent av kvinnorna som anser att deras hälsa är dålig , varvid de skattar den ligga mellan SRH 5-7.

Vi har också frågat oss om den Självskattade Hälsan skiljer sig mellan åldersgrupperna? Nedan (se tabell 3) följer en redovisning åldersfördelad i yrkesgruppen



Tabell 3. Fördelning Självsfattad Hälsa (SRH 1-7) åldersfördelad med antal i respektive åldersgrupp och i procent

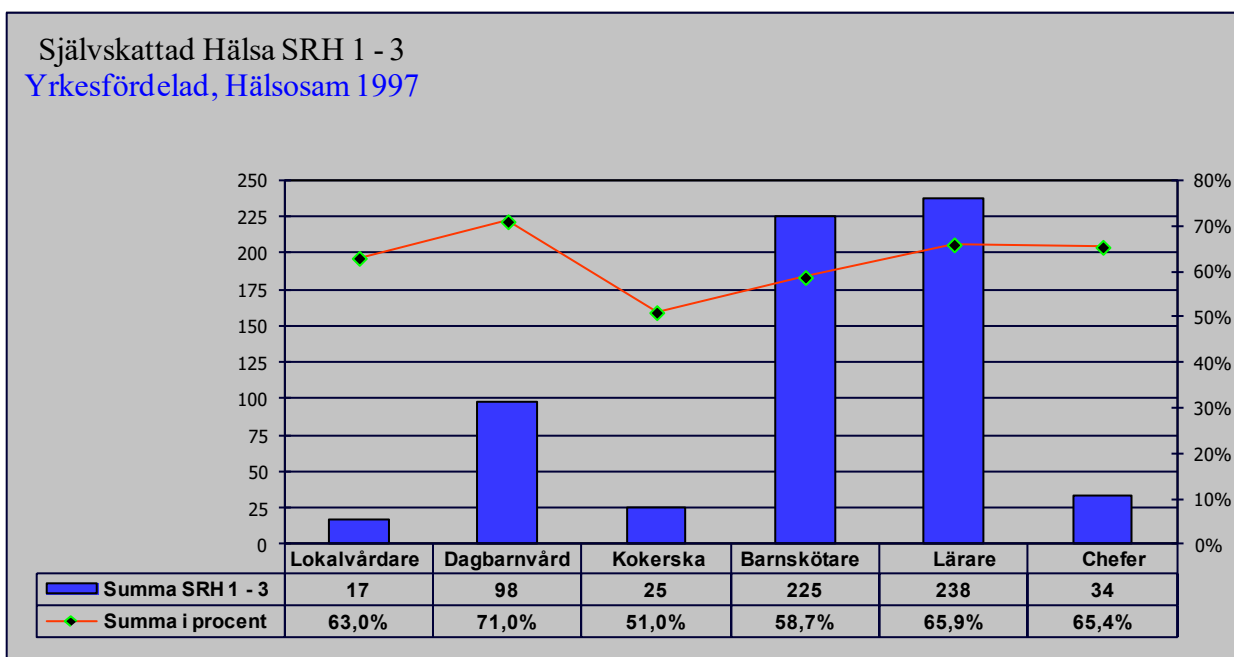
Ålder	Antal kvinnor	SRH 1 – 3	SRH 4	SRH 5 – 7
19 - 34 år	250	69,2	20,4	10,8
35 - 41 år	272	62,5	27,2	10,3
42 - 49 år	231	62,8	23,8	13,4
50 - 64 år	262	58,4	27,5	14,1

Med stigande ålder upplevs den Självsfattade Hälsan sämre. Bland kvinnor som är 19-34 år menar drygt 69 procent att de mår bra (SRH 1-3). I den äldsta gruppen 50 - 64 år är det endast drygt 58 procent av kvinnorna som uppger att de mår bra.

Tydligast syns skillnader av Självsfattad Hälsa och ålder, bland de kvinnor som skattar att de mår dåligt (SRH 5-7). I den yngsta gruppen anser 10,8 procent att de gör de. I den äldsta gruppen är det drygt 14 procent av kvinnorna som uppger att de mår dåligt.

#### Självsfattad Hälsa (SRH 1-7) Yrkesfördelad

Nedan redovisas med två diagram hur kvinnorna skattar sin hälsa i de olika yrkesgrupperna. Diagrammen avspeglar de kvinnor som skattar sin hälsa som god **SRH 1-3** (Figur 2.) och de som inte anser att deras hälsa är god **SRH 5-7** (Figur 3.).

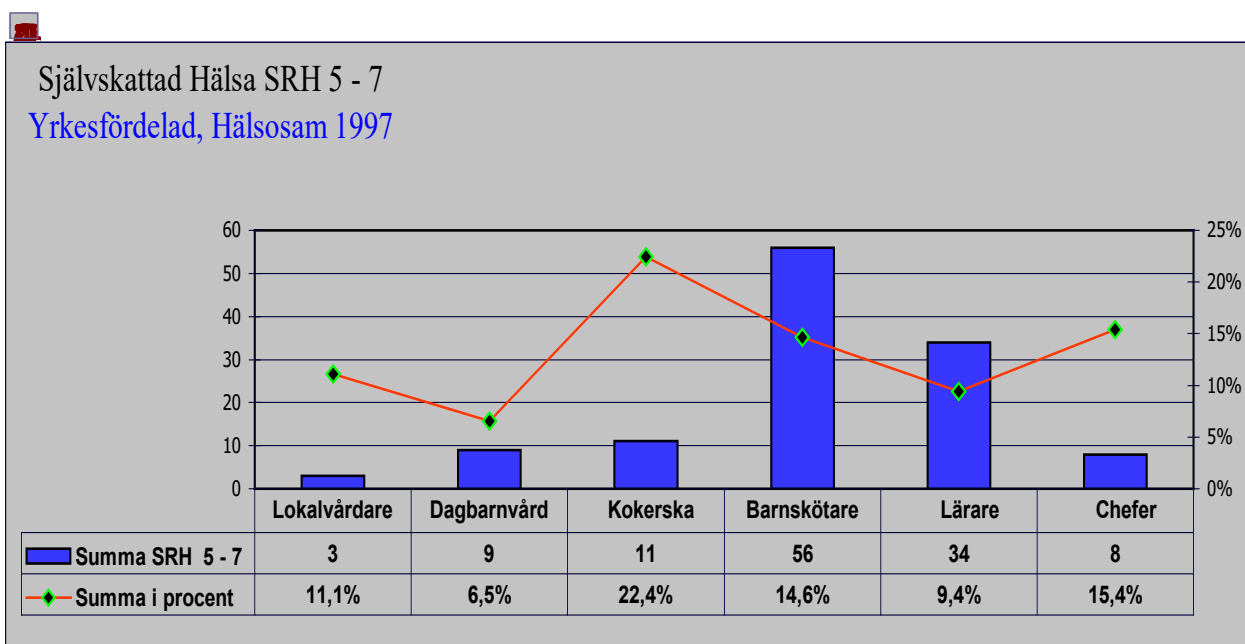


Figur 2. Självskattad Hälsa 1-3 (SRH 1-3). Yrkesfördelad.

Diagrammen avspeglar fördelningen Självskattad Hälsa yrkesfördelad, med antal kvinnor i varje yrkesgrupp som ingår i rapporteringen för respektive skattning och i procent. SRH 1-3 (Figur 2.) innebär att man anser sig ha **en god hälsa**. Medan SRH 5-7 (Figur 3.) innebär att man anser att **hälsan är dålig**.

Det är fler kvinnor bland *Dagbarnvårdare* (71 procent) än i övriga yrkesgrupper som anser sig ha en god hälsa. I mindre omfattning än i övriga yrkesgrupper, anser kvinnorna i gruppen *Kokerska/Skolmåltidsbiträde* (drygt 51 procent) att deras hälsa är god (SRH 1-3).

I samma yrkesgrupp, *Kokerska /Skolmåltidsbiträde* (22,4 procent), är det dessutom en större andel av yrkesgruppen (procentuellt i gruppen) än övriga yrkesgrupper, som rapporterar att deras hälsa är dålig, (SRH 5-7). Därnäst följer yrkesgruppen *Barnskötare* (14,6 procent). Den yrkesgrupp bland kvinnorna som minst rapporterar att deras hälsa är dålig är *Dagbarnvårdare* (6,5 procent). Diagrammen avspeglar inte Självskattad Hälsa 4, vilket utgör 25 procent av hela yrkesgruppen. Där bör man sannolikt tolka att det är en grupp kvinnor som menar att deras hälsa är mindre god (än SRH 1-3).



Figur 3. Självskattad Hälsa 5-7 (SRH 5-7). Yrkesfördelad.

## FYSIOLOGISKA VARIABLER SOM KAN UTGÖRA HÄLSORISKER

**Regelbunden medicinering:** Det är drygt 44 procent av kvinnorna som medicinerar regelbundet, här ingår även att man medicinerar med vitaminer och naturmediciner.

**Graden av motion:** I det närmaste 35 procent av kvinnorna motionerar 3 gånger per vecka eller mer, och man gör det minst 30 minuter per tillfälle. Det är nästan 24 procent av dem som motionerar 1-2 gånger i veckan. Det är 40 procent av kvinnorna som rapporterar att de åtminstone motionerar en gång i veckan.

**Rökning:** Det är 354 kvinnor (drygt 30 procent) som röker. I det närmaste 25 procent har slutat röka för mer än 1 år sedan. Många av dem har slutat röka för åtskilliga år sedan, men vi saknar den tidsangivelsen. Nästan 45 procent av kvinnorna har aldrig rökt.

**Pulsslag / minut:** Det är drygt fyra procent av kvinnorna som har en vilopuls på 88 slag eller mer i minuten. Det finns forskning som pekar på hälsorisker t ex hjärtrisk om pulsen i vila uppgår till eller överstiger 88 slag i minuten. Andra tecken på ohälsa med hög puls kan vara stress eller struma. Rökning t ex förorsakar pulsstegring.

**Blodtryck:** De allra flesta i hela yrkesgruppen har uppvisat normalt blodtryck, det vill säga inte överstigande 140/90, vilka var våra takvärden vid mätningarna. Avseende systoliskt blodtryck var det nästan 91 procent som ej översteg takvärdet, och nästan 97 procent som låg under takvärdet avseende diastoliskt blodtryck. Det är nästan nio procent av kvinnorna som uppvisar ett för högt systoliskt blodtryck och i det närmaste tre procent har ett diastoliskt för högt blodtryck.

**Längd:** Medellängd 165,3 centimeter.

**Vikt:** Viktmedelvärde 68,4 kg.

**BMI** Fördelningen av BMI beskrivs nedan avslutningsvis.

**Midjemått.** Som vi inledningsvis beskriver utgör midjemåttet även en riskindikator ur hälsosynpunkt, där midjemått upp till 80 centimeter utgör riktmått för kvinnor. Värden däröver kan utgöra ohälsorisker. Midjemått som överstiger 88 centimeter för kvinnor medför en kraftigt ökad risk. Fördelningen av midjemått för kvinnorna i Hälsosam visar ett medelvärde på 83,2 centimeter. Högsta midjemåttet är 135 och det lägsta är 58 centimeter. När materialet med 1142 midjemått indelas enligt ovanstående riskkriterier i tre grupper, de som har midjemått upp till 80 centimeter, utgör den gruppen 42,7 procent av kvinnorna. De som ligger under 88 centimeter utgör 27 procent. Kvinnor med midjemått 88 centimeter och högre utgör 30,3 procent. För att undvika ett systematiskt fel i resultatredovisningen exkluderas de 18 kvinnor som är gravida. Därutöver saknas mätresultat från två kvinnor.

**Waist /HIP (midja/höftindex):** Medelvärdet ligger på 81 centimeter. Det högsta värdet 145 och det lägsta värdet 60 centimeter.

**Bukomfång:** Medelvärde 88,3 centimeter. Det högsta 140,4 / lägsta värdet 61,5 centimeter.

**ASD (Abdominal Sagittal Diameter):** Använt instrument: Sagittometer. Medelvärde för bukfetma uppmättes till 17,8 centimeter. Det högsta värdet är 31 och det lägsta värdet ligger på 11,2 centimeter. Bortfall 20 mätvärden, där 18 gravida kvinnor exkluderas, därutöver saknas mätvärden från ytterligare två kvinnor.

**ASD / Längd:** För att ytterligare studera bukfetma som indikator för hjärtrisk föreslår forskargruppen på Volvo (i sin undersökning av män) att man skall använda värdet av personens sagittala diameter erhållen vid mätningen ASD och därefter dividera den med personens längd. De menade att denna metod väl korrelerar med Framingham Risk Index, ett välrenommerat riskindex för hjärtrisk. Vi kan inte jämföra mätresultaten från männen på Volvo, med värden vi får fram från kvinnorna i barnomsorgen, men vi kan använda metoden.

Medelvärde ASD/ Längd hos kvinnorna i Hälsosam ligger på 10,8 centimeter /meter. Det högsta värdet 19,38 och det lägsta värdet 6,53 centimeter /meter. I båda sistnämnda mätningar ASD och ASD / Längd ingår ett bortfall mätresultat från 20 personer. Här ingår 18 kvinnor som är gravida och som ej deltar i dessa kroppsmätningar. Dessutom bortfall av mätresultat från ytterligare två kvinnor.

**Kolesterol:** Takvärdet total kolesterol (Lipotrend) 6,4 mmol /l i screeningundersökningen. Medelvärde för hela gruppen ligger på 4,73 mmol /l Lipotrend. Med ett högsta värde 10,5 och ett lägsta värde 2,6 mmol / l Lipotrend.

Det är 93,2 procent av kvinnorna som uppvisar värden *under takvärdet* total kolesterol (Lipotrend). Det är 6,8 procent av kvinnorna med värden som *överstiger takvärdet*. Alla kvinnor överstigande takvärdet erbjuds senare en utvidgad undersökning av sina kolesterolvärden med fasteprover.

De 18 kvinnor som är gravida ingår i screeningundersökningen för total kolesterol (Lipotrend). Det är sex av dem som uppvisar värden som överstiger takvärdet. Deras mätresultat exkluderas i redovisningen av total kolesterol (Lipotrend). Dessutom ingår ytterligare bortfall med sex mätresultat.

## BESKRIVNING AV BMI-VÄRDEN

### BMI-värden för hela yrkesgruppen och en riskgrupp bland de kvinnorna

Under redovisningen av Fältarbetet år 1997 beskrivs tidigare (se tabell 2) hela yrkesgruppens BMI-värden. Den upprepas nedan för att redovisa en riskgrupp bland kvinnorna i Hälsosam med övervikt som kan antas innebära en ökad risk för hjärt -kärlsjukdom. Det är kvinnor med BMI 30 och högre. Senare redovisas i rapporten (Del 2. och Del5.) insatser som gjordes för att om möjligt nedbringa risken för den gruppen kvinnor.

Totalt deltog 1162 kvinnor i Fältundersökningen. Vid mättillfället är 18 kvinnor gravida och deras kroppsmått mättes endast med längd och vikt. Totalt redovisas nedan BMI-resultat från 1157 kvinnor. Här ingår också gravida kvinnor, tre av dem med värden BMI  $\geq$  30. De kvinnorna är exkluderade i redovisningen. Totalt ingår ett bortfall av fem BMI-mätvärden.

## BMI – medelvärde för hela yrkesgruppen, 1157 kvinnor = 25,1 ÅR 1997

- Lägsta BMI-värde 16
- Högsta BMI-värde 44,1

Tabell 4. BMI-värden uppmätta år 1997, indelade i sex klassificeringsgrupper med olika risknivåer

Enligt en riskklassificering, indelad i sex riskgrupper, beroende på funnet BMI-värde, (som redovisas ovan) indelas mätvärdena BMI från 1157 kvinnor enligt detta riskmönster. De redovisas med antal kvinnor i respektive grupp och med procent, samt medelvärden och det lägsta och högsta BMI -värde som ingår i var och en av de sex riskklasserna.

(Bortfall: mätvärde från 5 kvinnor)

RISKLASS BMI	ANTAL	MEDELVÄRDE	HÖGSTA VÄRDE	LÄGSTA VÄRDE	PROCENT
< 18,5	17	17,5	18,4	16	1,5
18,5 - 24,9	640	22,4	24,99	18,59	55,1
25 - 29,9	364	27,2	29,99	25	31,3
30 - 34,9	104	31,9	34,9	30	8,9
35 - 39,9	24	36,5	39,2	35	2,1
≥ 40	8	41,9	44,1	40,3	0,7

Summa = 1157

99,6%

Bortfall = 5

Det finns en grupp bland kvinnorna som är underviktiga, 1,5 procent, vilket i sig kan utgöra en hälsorisk. Gruppen normalviktiga (BMI 18,5 - BMI 24,9) utgör drygt 55 procent. Kvinnor med övervikt (BMI 25-29,9) utgör 31,3 procent. Det är nästan tolv procent av kvinnorna med fetma (BMI 30 och högre) vilket utgör en ökad risk för ohälsa, t.ex hjärt -kärlsjukdom och diabetes.

Stockholms läns Kvinnohälsorapport 1996:7 beskriver i en delrapport, Kvinnors Övervikt och Fetma. ”-att medelvikten bland innevånarna i Stockholm har ökat, liksom den gjort i hela riket. Av Stockholms kvinnor var 1990, 36 procent överviktiga och 8 procent av dessa hade fetma (BMI 30 och högre). Motsvarande siffror år 1994 var 38 procent överviktiga och 9 procent kvinnor med fetma.”

Den senare gruppen utgör vår riskgrupp, och här ingår 136 kvinnor (11,7 procent) med BMI-medelvärde 33,3. Den gruppen kvinnor erbjuds senare delta i fortsatta interventionsförsök, Intervention 2. Dagboksförd Motion (se Del 2 sid. 90-95) samt Intervention 4. Utbildningsprogram riktade till viktreducering (se Del 5. sid 126-139).

## UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING TILL FYRA RISKGRUPPER

1. Kvinnor med total kolesterol (Lipotrend) 6,5 och högre
2. Kvinnor med BMI 28 och högre
3. Kvinnor med puls 88 slag / minut och högre
4. Kvinnor med blodtryck 140 / 90 och högre

Under Fältarbetet år 1997 identifieras 136 kvinnor med övervikt BMI 30 och högre. Vi erbjuder den gruppen kvinnor under november- december år 1997 med ett brev att få delta i en utvidgad hälsoundersökning. I den ingår en omfattande blodprovstagning samt Vilo-EKG. Vi erbjuder samtidigt 61 av de 67 kvinnor som visar sig ha total kolesterol (Lipotrend) 6,5 och högre att delta. Sex av kvinnorna exkluderas med anledning av pågående graviditet.

Under denna period identifieras dessutom 51 kvinnor med vilopuls 88 slag i minuten och däröver. Även den gruppen erbjuds delta i hälsoundersökningen. För den gruppen kvinnor inleds undersökningen med ett Vilo-EKG. De som efter den undersökningen även då uppvisar en vilopuls med 88 slag i minuten och högre, erbjuds fortsatt undersökning med blodprover. Dessutom är det 89 kvinnor med tecken på förhöjt blodtryck (med blodtryck högre än 140/90). Fem av dessa kvinnor ingår även i gruppen med förhöjt total kolesterol (Lipotrend).

## RESULTAT

Kvinnor med total kolesterol (Lipotrend)  $\geq 6,5$

Antal: 67 kvinnor

Exkluderas: 6 kvinnor med pågående graviditet

Medelvärde total kolesterol (Lipotrend) för 61 kvinnor: 7,19

I gruppen med total kolesterol (Lipotrend) 6,5 och högre ingår inledningsvis 67 kvinnor. Det är sex av dessa kvinnor som vid screeningen under perioden Fältarbete 1997 är gravida och som då uppvisar förväntat förhöjda kolesterolvärden (Lipotrend). Dessa kvinnor exkluderas och erbjuds inte av den anledningen att delta i fortsatt hälsoundersökning.

Av återstående 61 kvinnor från kolesterolgruppen deltar 48 kvinnor i undersökningen. Femton av kvinnorna uppvisar tecken på högt blodtryck med något värde överstigande takvärdet 140/90. Det är 24 av 67 kvinnor som är rökare. Det är 13 av dessa kvinnor som uppger att hälsan är dålig (SRH 5-7). På grund av avvikande värden i laboratorieresultat remitteras tolv kvinnor till läkare för fortsatt utredning. Nio kvinnor deltar ej undersökningen. Bortfall: 22,4 procent.

Medelvärde LDL-kolesterol för de 49 kvinnor som deltar i blodprovstagningen ligger på 4,89. I denna medelvärdesberäkning ingår även tolv kvinnor med två riskfaktorer (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ ). Nio kvinnor i den undersökta gruppen uppvisar vid detta mättillfälle LDL-kolesterol under 4,5. Efter mätningen år 1997 ingår i riskgruppen 38 kvinnor med LDL-kolesterol 4,5. Den riskgruppens medelvärde LDL-kolesterol ligger på 5,22.

### Kvinnor med BMI $\geq$ 30

Det är 125 av de 136 kvinnorna med BMI  $\geq$  30 som deltar i den utvidgade hälsoundersökningen. Bortfall: 6,7 procent.

På grund av undersökningsresultat med uppvisande av onormala värden remitteras 24 av de kvinnorna akut till annan läkare för fortsatt utredning. Gruppen kvinnor med BMI  $\geq$  30 beskrivs vidare under Del 3. Om-Mätning (se sid 96-100) samt Del 5. Utbildningsprogram för viktreducering (se sid 126-139).

### Kvinnor med puls $\geq$ 88 slag i minuten

Av 51 kvinnor med en vilopuls på 88 slag i minuten eller högre deltar 26 i den fortsatta undersökningen. Det är tolv av kvinnorna som enbart genomgick Vilo EKG. Det är 14 av kvinnorna som efter sin EKG-undersökning på grund av fortsatt hög puls ( $\geq$  88 slag/ minut) remitteras vidare till laboratorieundersökning. Sex av dessa kvinnor erhåller därefter remiss till annan läkare.

### Kvinnor med blodtryck $>$ 140 / 90

Av de 100 kvinnor med något av värdena överstigande takvärdet 140 systoliskt tryck och / eller takvärdet diastoliskt tryck överstigande 90, deltog 89 kvinnor i den utvidgade hälsoundersökningen. Av de kvinnor som efter den förnyade mätningen fortfarande uppvisade värden överstigande takvärden remitterades 71 av dem till annan läkare för fortsatt utredning.

### Omedelbara insatser efter Fältarbete år 1997

Under perioden för Fältarbete år 1997, och de följande månaderna (oktober- december), nyupptäckts tolv kvinnor med tecken på högt blodtryck och 22 kvinnor med tecken på diabetes. Det är tio kvinnor som uppvisar allvarliga tecken på olika typ av blodbrist samt två kvinnor med struma. Vi finner dessutom en kvinna med en allvarlig tumörsjukdom. Samtliga kvinnor remitteras till husläkare eller annan läkare för fortsatt utredning och ställningstagande till behandling.

### Fortsatta insatser till riskgrupperna

Den grupp kvinnor som avslutningsvis utgör våra två riskgrupper är 39 kvinnor som uppvisar LDL-kolesterol  $\geq$  4,5 och gruppen kvinnor med BMI  $\geq$  30 där 125 kvinnor ingår. I den fortsatta undersökningen år 1998 erbjuds även de nio kvinnor som ej deltog här, att delta i fortsatta insatser. I ovanstående riskgrupper ingår dessutom tolv kvinnor som uppvisar två riskfaktorer, LDL-kolesterol  $\geq$  4,5 och BMI  $\geq$  30.

Enligt dagboksanteckningar deltar cirka 233 kvinnor i blodprovstagning. Fortsatta insatser riktade till riskgrupperna beskrivs närmare i Del 2. Intervention 2. Dagboksford Motion (se sid. 90-95), Del 4. Intervention 3. Medikamentel behandling med Pravachol (pravastatin) (se sid 117-125) samt Del 5. Intervention 4. Utbildningsprogram riktade till viktreducering (se sid. 126-139).

## ENKÄT 1.

### HELA STUDIEPOPULATIONEN

#### *Inledande förklaring*

För att underlätta läsningen av rapporten lämnas inledningsvis några förklaringar. Resultat från Enkät 1. redovisas enligt följande

1. Resultat från samtliga kvinnor i yrkesgruppen
2. Skillnader yrkesfördelat
3. I några fall skillnader åldersfördelat.

Deltagarna indelas i åtta yrkesgrupper och varje yrkesgrupp erhåller var sin kod.

- **Tre av koderna innehåller endast en yrkeskategori**  
Kod 11. Lokalvårdare, Kod 12. Dagbarnvårdare, Kod 22. Barnskötare
- **Två koder innehåller fem respektive sex yrkeskategorier**  
Kod 46. Lärare, Kod 56. Chefer
- **I en kod ingår** Kod 20. Kokerska / Skolmåltidsbiträde
- **Två koder** KOD 33. och KOD 36. Innehåller tillsammans nio kvinnor.

De åtta yrkesgrupperna skiljer sig avsevärt i antal, i två av dem ingår endast 9 kvinnor (KOD 33 och 36) och av den anledningen kommer vi av etiska skäl endast redovisa deras resultat i material som kommer från hela arbetsgruppen kvinnor.

Den yrkesgrupp i barnomsorgen som innehåller minst antal personer är Lokalvårdare (KOD 11) där det ingår 27 kvinnor. Barnskötare (KOD 22) är den största yrkesgruppen med 384 kvinnor.

På grund av den stora skillnaden av antal personer i de olika yrkesgrupperna jämför vi, om inget annat sägs, hela tiden resultat från varje yrkeskod i procent som dessa fördelar sig till antalet i respektive kod. Därefter jämför vi också skillnader mellan yrkeskoderna i procent. I några enstaka fall anges värden med antal personer.

För att ytterligare underlätta läsningen medföljer en mall som beskriver varje kods yrkesinnehåll och antal personer i respektive grupp.



## RESULTAT

### DELTAGARNAS KARAKTERISTIKA

#### *Ålder och nationalitetstillhörighet*

Medelåldern för kvinnorna ligger på 41 år, den yngsta är 19 år och den äldsta är 64 år . Yrkesgruppen representeras av 31 olika nationer, varav drygt 82 procent av kvinnorna är födda i Sverige.

#### *Åldersindelning*

19 - 34 år = 250  
35 - 41 år = 272  
42 - 49 år = 231  
50 - 64 år = 262  
*Missing*        16

**Totalt**                                **1031 kvinnor**

Fördelningen mellan åldersgrupperna är relativt jämn

#### *Utbildning*

Det är 510 kvinnor (nästan 50 procent ) som har utbildning från fackskola / yrkesskola eller de har gymnasieskola med praktiska linjer i sin utbildning. Det är 160 kvinnor (15,5 procent) med realskoleexamen eller med examen från flickskola.

Gymnasieskola med teoretiska linjer uppger mer än 31 procent av kvinnorna att de har. Det är drygt 25 procent av kvinnorna med två-årig eftergymnasial utbildning och 16,8 procent med universitetsstudier / högskoleexamen, med minst tre års utbildning.

Här redovisas inte utbildningsförhållanden yrkesfördelat, då det dels inom de olika utbildningsfrågorna finns bortfall, men också en del oklarheter hur de olika utbildningsformerna är fördelade.

### *Bor Du ensam eller tillsammans med någon?*

Ensamboende utan barn	8 procent
Ensamboende med barn	10 procent
Sammanboende med partner / make och med barn	51 procent
Sammanboende med partner och utan barn	22 procent.

Det är nästan 20 procent av kvinnorna som har barn under skolåldern, 0-6 år.

### *Anställningsform*

Av de 1031 kvinnor som besvarar enkäten saknar vi uppgift om anställningsform för nio av kvinnorna. Det är 960 kvinnor (93,9 procent) med fast anställning och 47 kvinnor (4,6 procent) med vikarieanställning och 15 kvinnor (1,5 procent) har annan tillfällig anställning, såsom t.ex. tim- projekt eller kontraktsanställning.

## **VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSE R UNDER SENASTE ÅRET**

### *Egen sjukdom / olyckshändelse*

Drygt 60 personer har inte besvarat frågan.

Det är 121 personer som uppger egen sjukdom / olycksfall (11,7 procent).

### Tabell 5. Sjukdomsförekomst Yrkesfördelat Procent

Kod 11. Lokalvårdare	8,3
Kod 12. Dagbarnvårdare	9,7
Kod 20. Kokerska / Skolmåltidsbiträde	13,3
Kod 22. Barnskötare	11,8
Kod 46. Lärare	15,3
Kod 56. Chefer	6,3

Det är Lärare (drygt 15 procent) som är den yrkesgrupp som uppger den högsta sjukdomsförekomsten under senaste tolv månader. Lägst rapporteras den av Chefer (drygt 6 procent).

### *Har du själv blivit varslad eller uppsagd de senaste 12 månaderna?*

Under år 1997 uppger 35 kvinnor att de blivit varslade eller uppsagda de senaste tolv månaderna. De flesta finns i yrkesgrupperna Barnskötare (6,6 procent) och Chefer (6 procent). Minst förekommer det bland Lärare (1,8 procent) och Dagbarnvårdare (0,7 procent). Det är inte någon av kvinnorna i gruppen Lokalvårdare som uppger att de har blivit varslade eller uppsagda.

### *Har någon du bor ihop med blivit arbetslös de senaste 12 månaderna?*

(man / sambo, barn)

Här har ett hundratal kvinnor inte besvarat frågan.

I de olika yrkeskoderna har 6,4 – 16,7 procent uppgivit att man de senaste 12 månaderna bott ihop med någon som varit arbetslös. Det innebär att cirka drygt 80 kvinnor lever med den situationen.

Vilket motsvarar 8,5 procent av hela yrkesgruppen.

Har någon du bor ihop med blivit arbetslös? Yrkesfördelad. (procent).

Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska/Skolmåltidsbiträde	Barnskötare	Lärare	Chefer
16,7	6,6	6,4	10,4	7,2	8

Det är i yrkesgruppen Lokalvårdare (nästan 17 procent) som kvinnorna i högre grad drabbas av arbetslöshet i familjen. För kvinnor i yrkesgrupperna Dagbarnvårdare (nästan 7 procent) och Kokerska (drygt 6 procent) är den händelsen mindre vanlig.

### *Försämrad ekonomi senaste 12 månader?*

Drygt femtio kvinnor (4,8 procent) har inte besvarat frågan om de fått försämrad ekonomi senaste tolv månaderna. Men nästan en fjärdedel (24,2 procent) av hela arbetsgruppen uppger en sådan försämring.

Tabell 6 nedan beskriver försämrad ekonomi yrkesfördelad.

Tabell 6. Försämrad ekonomi Yrkesfördelad (Procent)

Lokalvårdare	37,5
Dagbarnvårdare	23,3
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	14,9
Barnskötare	30
Lärare	23,7
Chefer	13,7

Det är bland Lokalvårdare (37,5 procent) och Barnskötare (30 procent) där fler kvinnor uppger att ekonomin försämrats för dem under det senaste året. Det är också de kvinnorna som mest rapporterar att de lever med någon i familjen som blivit arbetslös under samma period (se sid. 29 tabell 5).

I mindre omfattning uppger Kokerska / Skolmåltidsbiträde (14,9 procent) och Chefer (13,7 procent) att deras ekonomi blivit försämrad senaste tolv månader.

## FRÅGOR OM ARBETSMILJÖN

### *Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater?*

#### Yrkes- och åldersfördelad

I hela yrkesgruppen är det 1024 kvinnor (drygt 99 procent) som besvarar frågan om man känner stark samhörighet med sina arbetskamrater. *I hög grad*, är det 32,4 procent av kvinnorna som anser att de gör det.

Drygt 52 procent menar att de *i viss mån* känner stark samhörighet med arbetskamraterna.

En mindre grupp bland kvinnorna (cirka 14 procent) uppger att de *inte speciellt / inte alls* upplever någon stark samhörighet med sina arbetskamrater. Dessutom finns tre kvinnor som uppger att de helt saknar arbetskamrater. De återfinns i yrkesgrupperna Lärare och Chefer.

I det följande redovisas hur *känsla av samhörighet med arbetskamrater* fördelar sig ålders- och yrkesindelad. (se tabell 7 och figur 4 sid.31-32). Materialet redovisas åldersfördelad med variablerna:

- Åldersfördelat
- I hög grad
- Inte speciellt / Inte alls
- Procent

Tabell 7. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? Åldersfördelad.

Ålder	I hög grad	Inte speciellt / Inte alls (Procent)
19-34 år	32	13,6
35-41 år	30,9	13,2
42-49 år	30,7	19,3
50-64 år	35,9	14,5

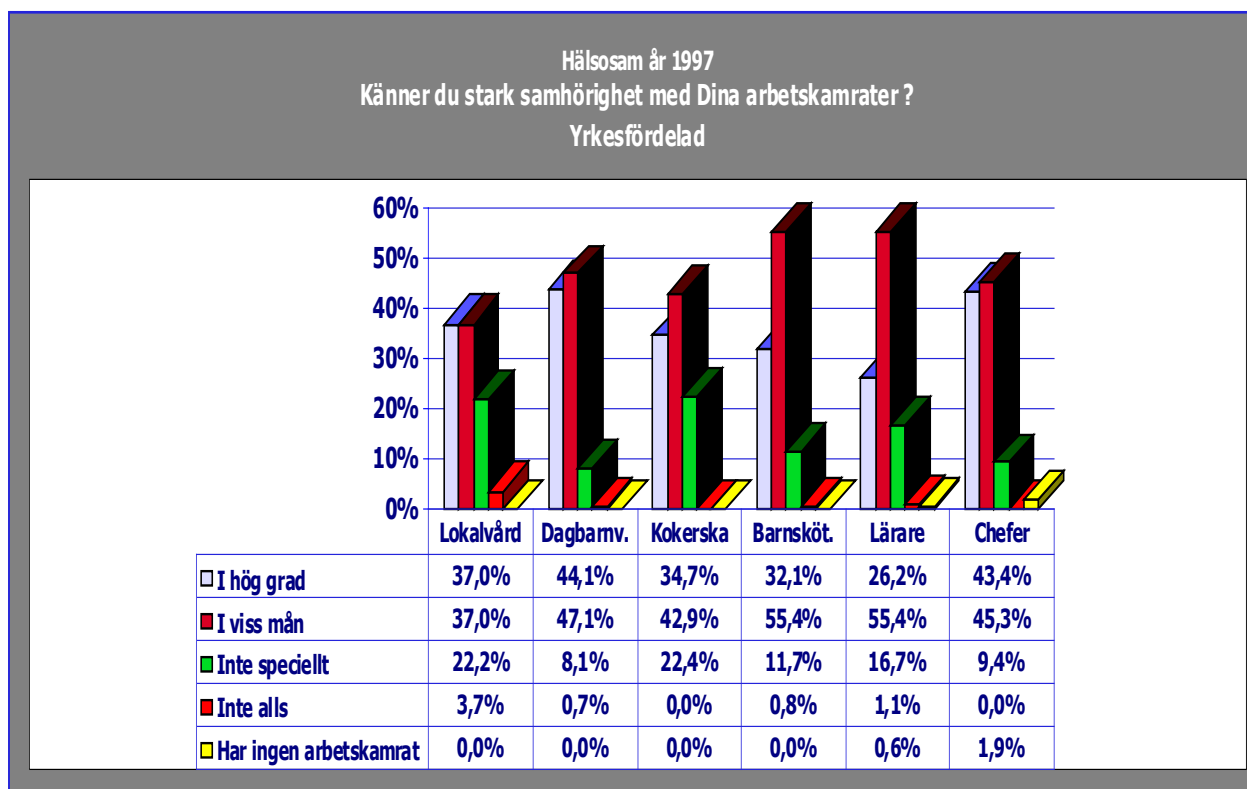
Det är inte stora åldersrelaterade skillnader på frågan om man upplever stark samhörighet med sina arbetskamrater. I något större omfattning är det fler kvinnor i den äldsta gruppen 50-64 år som uppger att de *i hög grad* känner en stark samhörighet (nästan 36 procent). För övriga åldersgrupper är det drygt 30-32 procent av kvinnorna som anser att man i hög grad också känner det.

I åldersgruppen 42 -49 år är det fler som *inte speciellt / inte alls* anser att man känner någon stark samhörighet med sina arbetskamrater (drygt 19 procent) än i de övriga åldersgrupperna.

#### Känsla av samhörighet med arbetskamrater Yrkesfördelad

Figur 4. nedan redovisar hur *känsla av samhörighet* med arbetskamraterna upplevs i de olika yrkesgrupperna (se sid 32). Materialet redovisas yrkesfördelat i procent med variablerna:

- I hög grad
- I viss mån
- Inte speciellt
- Inte alls
- Har ingen arbetskamrat



Figur 4. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? Yrkesfördelad.

I de olika yrkesgrupperna finns en viss skillnad i uppfattningen om man upplever stark samhörighet med sina arbetskamrater (Figur 4.). I det närmaste 26 procent av kvinnorna i gruppen Lokalvårdare uppger att de *inte alls / inte speciellt* upplever någon stark samhörighet med sina arbetskamrater. I nästan samma omfattning (22,4 procent) gäller detta kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde.

Det är kvinnorna i yrkesgruppen Dagbarnvårdare som fler upplever stark samhörighet med sina arbetskamrater. Vid sammanslagning av de båda variablerna *I hög grad / I viss mån*, menar drygt 91 procent av dem att de förhåller sig så. På den frågeställningen ses att de flesta kvinnorna i de olika yrkesgrupperna delar den uppfattningen.

Det finns en liten grupp (drygt 6 procent) bland kvinnorna som anser att de inte alls känner någon stark samhörighet med sina arbetskamrater. Det är tre kvinnor som uppger att de saknar arbetskamrater. De finns i yrkesgrupperna Lärare och Chefer.

## Tabell 8. Känner Du stark samhörighet med Dina arbetskamrater?

### Medelvärdesfördelat

Lokalvårdare	1,93
Dagbarnvårdare	1,65
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	1,88
Barnskötare	1,81
Lärare	1,94
Chefer	1,72

Om man studerar ovanstående resultat med en medelvärdesfördelning kan man se att de flesta i hela yrkesgruppen menar att man **i viss mån** känner en stark samhörighet med sina arbetskamrater. Om det högsta och bästa värdet är 1 och det sämsta är 5 har ingen yrkesgrupp uppnått värdet 2. Spridningen fördelar sig mellan 1,65 (bäst) – 1,94 (sämst)

### *Har du under senaste 12 månaderna upplevt konflikt på arbetet?*

Det är 55 kvinnor som inte besvarar frågan om det finns någon konflikt på arbetet. I hela gruppen är det 22,1 procent som anser att det finns konflikt på arbetet.

## Tabell 9. Har du upplevt konflikt på arbetet senaste 12 månaderna? Yrkesfördelat (Procent)

Lokalvårdare	12,5
Dagbarnvårdare	26,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	10,6
Barnskötare	21,9
Lärare	25,7
Chefer	21

Uppfattningen att det finns konflikter på arbetsplatsen är lägst bland den personal som arbetar i köket. Det uppges 10,6 procent i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde.

Bland Lokalvårdare är det 12,5 procent som anser att det förekommer.

I högre grad än i övriga yrkesgrupper har Dagbarnvårdare rapporterat att det finns konflikter på arbetet. Det menar 26,9 procent att det finns tätt följda av gruppen Lärare där det är nästan 26 procent som uppges det.

### *Har du bytt arbetsplats under senaste 12 månader?*

Det är 117 kvinnor drygt 11 procent som uppger att de bytt arbete under senaste tolv månader och 164 kvinnor nästan 16 procent har inte besvarat frågan

Tabell 10. Hur betydelsefull var händelsen att byta arbetsplats för dig? (Procent)

Påverkade mig starkt negativt	1,2
Ganska negativt	1,6
Betydde inte speciellt mycket	1,3
Ganska positivt	4,4
Påverkade mig starkt positivt	3,3

Redovisningen i tabell 10. ovan gäller hela yrkesgruppen. Alla som bytt arbetsplats, 117 kvinnor, besvarar frågan om hur de påverkas av händelsen. Det är nästan åtta procent av kvinnorna som anser att händelsen har påverkat dem ganska positivt / starkt positivt, medan tre procent upplever händelsen som starkt negativ / ganska negativ.

Drygt en procent av kvinnorna menar att händelsen inte betydde speciellt mycket för dem.

Tabell 11. Har Du bytt arbetsplats senaste 12 månader? Yrkesfördelat (Procent)

Lokalvårdare	12
Dagbarnvårdare	0,8
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	11,9
Barnskötare	14,3
Lärare	20,6
Chefer	6,1

Störst har förflyttningen varit bland Lärare. Bland de kvinnorna är det drygt 20 procent som uppger att de bytt arbetsplats under senaste tolv månader. Under yrkeskod Lärare ingår sex olika yrkeskategorier. Därefter följer yrkesgruppen Barnskötare (drygt 14 procent). Allra minst har kvinnorna bland Dagbarnvårdare bytt arbetsplats. Det uppger knappt en halv procent av de kvinnorna.



- **Negativ upplevelse av att ha bytt arbetsplats Yrkesfördelat (Procent)**

Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska/Skolmåltidsbiträde	Barnskötare	Lärare	Chefer
66,6	0	0	32,9	18,6	0

- **Positiv upplevelse av att ha bytt arbetsplats Yrkesfördelat (Procent)**

Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska /Skolmåltidsbiträde	Barnskötare	Lärare	Chefer
33,3	100	80	56,5	72,9	100

## MINSKAT / ÖKAT ANSVAR I ARBETET SENASTE 12 MÅNADER

- och upplevelser av detta

### *Minskat ansvar i arbetet senaste 12 månader?*

Redovisningen gäller för hela yrkesgruppen och därefter följer en yrkesfördelad redovisning.

Det är 171 kvinnor som inte besvarar frågan.

Totalt uppger 36 kvinnor (3,5 procent) att de fått minskat ansvar i arbetet senaste tolv månader. Fördelningen mellan yrkesgrupperna varierar från noll till drygt sex procent. Mest anser yrkesgruppen Barnskötare (6,3 procent) att det skett bland dem och minst bland Chefer och Dagbarnvårdare (0 procent). Därefter kommer kvinnor bland Lokalvårdare (4,4 procent) och Kokerska / Skolmåltidsbiträde (4,1 procent).

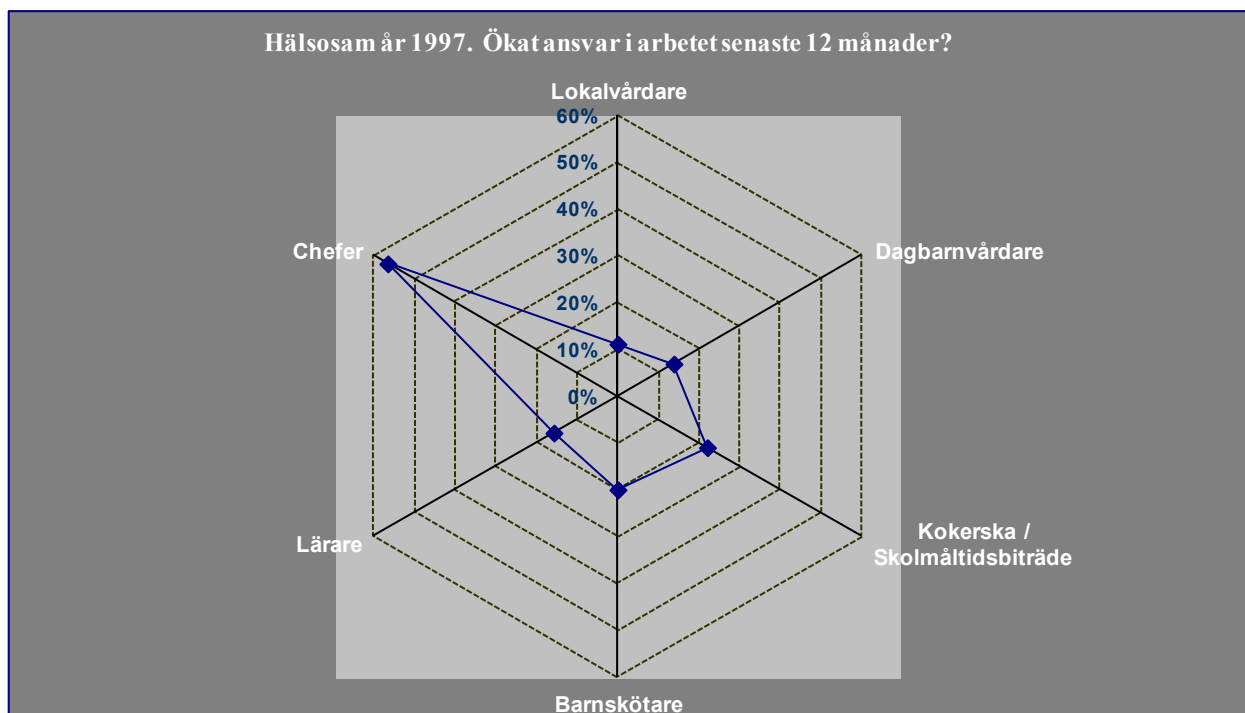
Tabell 12. Hur betydelsefull var händelsen minskat ansvar i arbetet för dig? (Procent)

Påverkade mig starkt negativt	0,5
Ganska negativt	1,4
Betydde inte speciellt mycket	0,3
Ganska positivt	0,9
Påverkade mig starkt positivt	0,5

För de 36 kvinnor som besvarar frågan om man fått minskat ansvar i arbetet senaste tolv månader och dess betydelse, uppger nästan två procent av de kvinnorna att det påverkade dem ganska negativt eller starkt negativt. Det är drygt en procent som uppger att händelsen var ganska positiv eller starkt positiv, medan knappt en halv procent av de 36 kvinnorna inte alls anser att det betydde speciellt mycket.

Den yrkesgrupp bland kvinnorna som mest uppger att händelsen varit *negativ* är Barnskötare (drygt 20 procent) och Lärare (11 procent). De kvinnor som anser att händelsen varit *positiv* är gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (50 procent), Lärare (16,7 procent). För övriga yrkesgrupper var händelsen *varken positiv eller negativ*.

I det följande beskrivs *ökat ansvar* i arbetet och upplevelser av detta (se figur 5 - 6 och tabell 13-15 Sid. 36-38 ).



Figur 5. Ökat ansvar i arbetet senaste 12 månader. Yrkesfördelad.

Här saknas svar från 172 kvinnor (16,7 procent).

Det är 210 kvinnor (24,4 procent) som uppger att de fått ökat ansvar i arbetet de senaste tolv månaderna. I de olika yrkesgrupperna ses stor skillnad i det avseendet. I större utsträckning rapporteras det från kvinnorna bland Chefer (drygt 56 procent).

Det är kvinnor bland Dagbarnvårdare (drygt 13 procent) och Lokalvårdare (drygt 11 procent) som i mindre omfattning än alla övriga yrkesgrupper uppger att de fått ökat ansvar i sitt arbete.

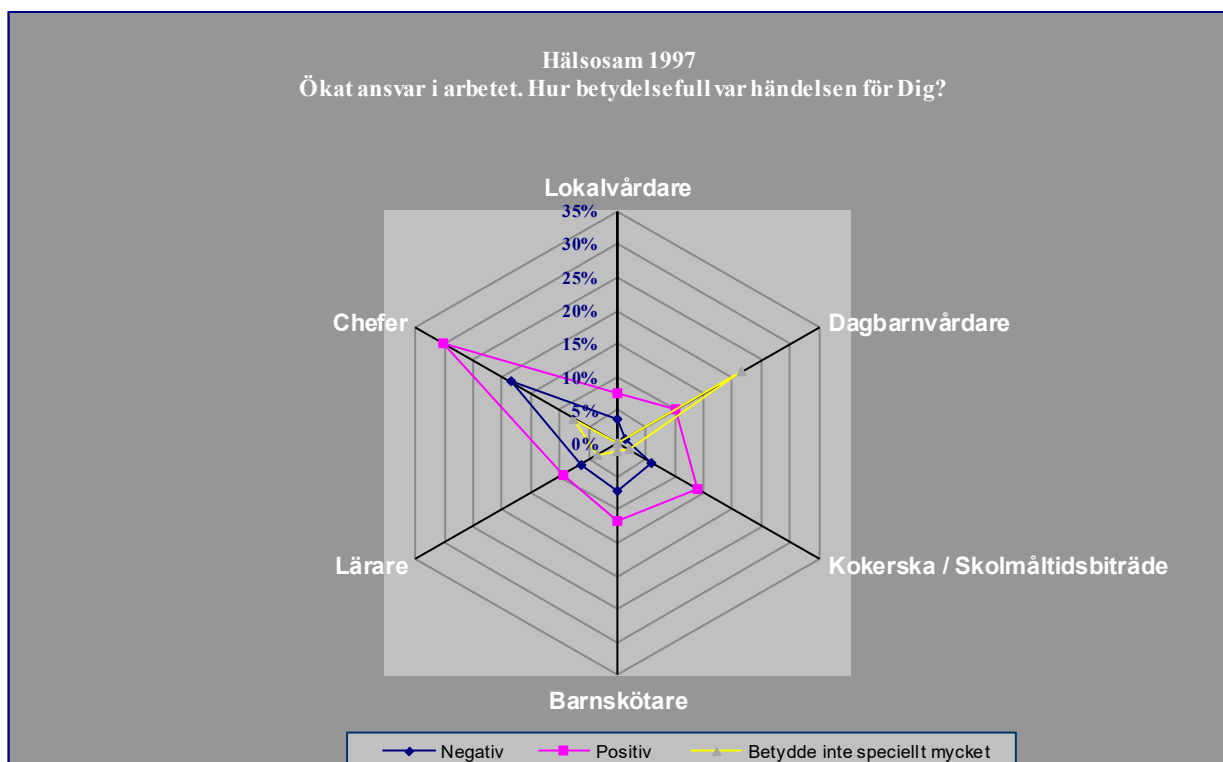
Tabell 13. Ökat ansvar i arbetet senaste 12 månader.

- Hur betydelsefull var den händelsen för dig?

Redovisat från hela yrkesgruppen. Antal kvinnor och Procent

Påverkade mig starkt negativt	16	1,6
Ganska negativt	52	5,0
Betydde inte speciellt mycket	24	2,3
Ganska positivt	87	8,5
Påverkade mig starkt positivt	31	3,0

Av de 210 kvinnor som uppger att de fått ökat ansvar i sitt arbete är det drygt sex procent som uppger att det påverkade dem starkt negativt eller ganska negativt, medan drygt elva procent upplever det ganska positivt eller starkt positivt. Däremot är det något mer än två procent av de kvinnorna som anser att det inte betydde speciellt mycket.



Figur 6. Betydelse av ökat ansvar i arbetslivet senaste 12 månader. Yrkesfördelat.

### Betydelse av ökat ansvar i arbetet senaste 12 månader?

Vid jämförelser mellan yrkesgrupperna vilken betydelse ökat ansvar i arbetet de senaste tolv månaderna inneburit för dem, rapporterar två tredjedelar av gruppen Chefer att det ökade ansvaret inneburit en positiv upplevelse. Vid jämförelser med alla yrkesgrupper är det Chefer som i högre grad än övriga anser att det varit positivt. Det är drygt 30 procent som anser det.

För 18 procent av Cheferna har det dock inneburit negativa konsekvenser med det ökade ansvaret i arbetet och det är fler kvinnor i den yrkesgruppen, jämfört med övriga, som uppger det.

Det är kvinnorna bland Lokalvårdare som i mindre grad rapporterar både när det gäller negativ inverkan (nästan 4 procent) eller positiv inverkan (drygt 7 procent).

Det är fler Dagbarnvårdare (nästan 22 procent) än övriga yrkesgrupper som uppger att det ökade ansvaret inte betydde speciellt mycket för dem. För övriga yrkesgrupper är det betydligt färre kvinnor som rapporterar om det, från noll till nästan åtta procent.

Tabell 14. Ökat ansvar senaste 12 månaderna? Åldersfördelad

Åldersindelning	Procent
19 - 34 år =	4,2
35 - 41 år =	7,9
42 - 49 år =	6,5
50 - 64 år =	6,0

Man kan se att det är i åldersgruppen 35-41 år som man i något högre grad rapporterar om ökat ansvar i arbetet. Det uppger nästan 8 procent av de kvinnorna. I mindre omfattning (4,2 procent) anser den yngsta åldersgruppen, 19-34 år, att de fått ökat ansvar i arbetet. Det är drygt 17 procent som inte besvarar frågan.

Tabell 15. Vilken betydelse har ökat ansvar i arbetet senaste 12 månader inneburit för Dig? Åldersfördelad / Antal / Betydelse

Nedan redovisas indelning av åldersgrupperna (i parenteserna redovisas antal kvinnor som ingår i varje åldersgrupp), därefter visas hur många kvinnor i varje åldersgrupp som uppger att de fått ökat ansvar i arbetet och om de upplever händelsen negativ eller positiv.

Åldersindelning	Antal personer	Negativ / Positiv upplevelse	
19 - 34 år = (250 personer)	36	14	22
35 - 41 år = (272 personer)	67	25	42
42 - 49 år = (231 personer)	55	22	33
50 - 64 år = (262 personer)	51	31	20

I den äldsta åldersgruppen, 50-64 år är det fler kvinnor som i större utsträckning än i övriga åldersgrupper upplever det ökade ansvaret i arbetet som negativt. Det är 31 av dem som anser att det varit negativt och 20 som rapporterar att det varit positivt för dem.

I alla övriga åldersgrupper förhåller det sig tvärtom. Det har varit mer positivt för fler än det har varit negativt.

Det är 92 kvinnor som uppger att det för dem inneburit negativa upplevelser att deras ansvar i arbetet har ökat senaste tolv månader. För 117 kvinnor däremot upplevs förändringen positivt.

## ARBETSTIDER

Tanell 16. Vilken arbetstid har du vanligtvis? (Antal)

Dagarbete	916
Kvällsarbete	65
Nattarbete	2
Skiftarbete (inkl. nattarbete)	11
Skiftarbete (ej inkl.nattarbete)	18
Annan arbetstid	14
Bortfall	4

Ovanstående redovisning av arbetstidernas fördelning kommenteras inte på annat sätt utöver funderingen om skiftarbete inklusive nattarbete är något som ingår i tjänsten som anställd i barnomsorgsarbetet. Eller om det innebär en redovisning av annan anställning?

## ÖVERTIDSARBETE

Tabell 17. Har det hänt att du arbetat övertid senaste året? (Antal)

Redovisat för hela Yrkesgruppen

Arbetar aldrig övertid	105
Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle	379
Arbetar övertid någon gång per månad	344
Arbetar ofta övertid	167
Har ej reglerad arbetstid	17
Bortfall	19

Drygt 10 procent av kvinnorna uppger att de aldrig arbetar övertid och drygt 16 procent menar att de ofta gör det. Merparten kvinnor, nästan 72 procent uppger att de i olika grad har övertidsarbete. Det är 17 av dem som anser att de inte har någon reglerad arbetstid.

. Om du arbetar övertid, kan du vanligen själv bestämma **NÄR** du vill förlägga den?

Drygt 97 procent av kvinnorna har besvarat frågan om övertidsarbete. Svarefrekvensen är lägre på frågan om man själv kan bestämma **NÄR** man vill förlägga den. Nedan följer en redovisning av övertidsarbete från de olika yrkesgrupperna

## **ÖVERTIDSARBETE Yrkesfördelad.**

### **Lokalvårdare (Kod 11)**

Här uppger de 27 kvinnorna att de sällan arbetar övertid, sex av dem arbetar övertid vid något tillfälle. Endast en av dem uppger att hon ofta arbetar övertid. Det är 19 lokalvårdare som aldrig arbetar övertid. Endast 12 av de 27 kvinnorna har besvarat frågan om de själva kan bestämma när de vill förlägga tiden för övertidsarbete. Fyra av dem menar att man inte själv kan bestämma det.

### **Dagbarnvårdare (Kod 12)**

Av 138 kvinnor är det 13 som uppger att de inte har reglerad arbetstid. Det är 29 som säger sig ofta har övertidsarbete och 32 som arbetar övertid någon gång per månad. 32 av dagbarnvårdarna arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle. Det är 26 kvinnor som uppger att de aldrig gör det. Nästan 77 procent har svarat på frågan om de själva kan bestämma när de skall jobba övertid. Drygt 93 procent, 99 av kvinnorna i gruppen, uppger att de inte själva kan bestämma det.

### **Kokerska / Skolmåltidsbiträde (Kod 20)**

Av 50 kvinnor är det 16 som uppger övertidsarbete någon gång per månad, alternativt ofta. Tolv av dem menar att de aldrig gör det och 22 av kvinnorna rapporterar om övertidsarbete åtminstone vid något tillfälle. Det är 39 kvinnor av 50 i gruppen som besvarat frågan om de själva kan bestämma när man vill förlägga sitt övertidsarbete.

Av dessa är det i det närmaste 58 procent som menar att man inte kan det.

### **Barnskötare (Kod 22)**

Av de 384 kvinnorna är det 19 personer som uppger att de aldrig arbetar övertid. 170 har övertidsarbete åtminstone vid något tillfälle. Det är 141 personer med övertidsarbete någon gång per månad. Att de ofta gör det är det 50 av barnskötarna som rapporterar. Det är 93 procent av dem som besvarat frågan om de själva kan bestämma när de vill förlägga övertidsarbetet. Mer än 305 av dem säger (85,2 procent) att det kan de inte.

### **Lärare (Kod 46)**

Yrkesgruppen består av 362 kvinnor. Där är det 27 kvinnor som uppger att de aldrig arbetar övertid. Vid något tillfälle rapporteras från 139 lärare. Någon gång per månad uppger 136 och att man ofta har övertidsarbete uppger 50 av lärarna. Det är två av dem som menar att de inte har reglerad arbetstid. Drygt 90 procent av gruppen Lärare har besvarat frågan om de själva kan styra över när de skall förlägga tiden för sitt övertidsarbete. Det är 82,6 procent som uppger att de inte tycker sig kunna det.

### **Chefer (Kod 56)**

Samtliga av de 53 kvinnor som ingår i denna grupp uppger att de har övertidsarbete. Det är 8 av cheferna som arbetar övertid vid något tillfälle, 16 någon gång i månaden och 28 chefer menar att de ofta har övertidsarbete. Alla i gruppen chefer har besvarat frågan om de själva kan bestämma tiden för övertidsarbete. Det är 36,5 procent som rapporterar att man inte själv kan bestämma det.

## Tabell 18. Hur stämmer kraven i ditt arbete med dina kunskaper och färdigheter?

Fördelat över hela yrkesgruppen

Kvinnorna ombeds här ange ett av nedanstående fem angivna svarsalternativ som bäst överensstämmer med deras uppfattning. Svarsfrekvensen 95,8 procent.

1. Kraven är mycket högre än min yrkeskunskap	2,9
2. Kraven är något högre än min yrkeskunskap	17,7
3. Kraven motsvarar min yrkeskunskap	68,2
4. Kraven är något lägre än min yrkeskunskap	6,2
5. Kraven är mycket lägre än min yrkeskunskap	1,6

Drygt 68 procent av de som arbetar i barnomsorgen i Huddinge kommun anser att arbetskraven motsvarar deras yrkeskunskaper.

- Kraven i arbetet är **mycket högre** än yrkeskunskapen anser 2,9 procent.
- Kraven i arbetet är **mycket lägre** än yrkeskunskapen anser 1,6 procent

## Tabell 19. Hur överensstämmer arbetskrav med vars och ens yrkeskunskap? Yrkesfördelat (Procent).

Lokalvårdare	80,8
Dagbarnvårdare	79,5
Kokerska / Skolmåtidsbiträden	83,7
Barnskötare	66,9
Lärare	71,3
Chefer	57,7

Inom alla yrkesgrupper utom i gruppen Chefer är uppfattningen att arbetskraven motsvarar yrkeskunskapen. Det är drygt hälften, 57,7 procent, av Chefer som uppger det. I övriga yrkesgrupper är det fler som anser att yrkeskunskapen **överensstämmer med yrkeskraven**. Det är mycket få som anser att arbetskraven är **mycket lägre** än deras yrkeskunskap.

Lokalvårdare uppger i högre grad än i övriga yrkesgrupper att arbetskraven är **mycket lägre** än deras yrkeskunskap. Det är 3,8 procent som menar det.

Dagbarnvårdare delar den uppfattningen med Lokalvårdare, i det närmaste lika hög grad, 3,0 procent.

I övriga yrkesgrupper har man i ännu **mindre omfattning** uttryckt att deras yrkeskunskap är mycket lägre än arbetskraven. Det uppger från 2,3 , 2,0 till 0,5 procent i respektive grupp bland Lärare, Kokerska / Skolmåtidsbiträde och Barnskötare.

Det är inte någon i den gruppen Chefer som anser att arbetskraven är mycket lägre i förhållande till den utbildning man har. Däremot uppger 9,6 procent av dem att kraven är **mycket högre** än deras yrkeskunskap.

Tabell 20. ARBETSMILJÖFRÅGOR ÅR 1997. Hela Yrkesgruppen (Procent).

<b>ARBETSMILJÖFRÅGOR</b>	<b>Ja Ofta</b>	<b>Ja ibland</b>	<b>Nej sällan</b>	<b>Nej så gott som aldrig</b>	<b>Totalt %</b>
Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	25,1	53,1	14,1	4,8	97,1
Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	22,6	52,9	17,4	4,0	96,9
Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	20,7	51,7	19,4	3,9	95,7
Har Du tillräckligt med tid för att Hinna med arbetsuppgifterna?	18,2	37,5	32,9	7,1	95,7
Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	9,9	42,9	34,2	7,4	94,4
Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	25,1	56,2	13,9	2,1	97,3
Kräver Ditt arbete skicklighet?	63,0	30,1	3,4	0,6	97,1
Kräver Ditt arbetet påhittighet?	82,8	14,0	1,0	0,4	98,2
Innebär Ditt arbete att man gör om samma saker om och om igen?	54,4	29,6	10,8	2,4	97,2
Har Du frihet att bestämma HUR Ditt arbete ska utföras?	52,7	40,8	3,8	0,3	97,6
Har Du frihet att bestämma VAD som ska utföras i Ditt arbete?	40,7	47,9	7,8	1,2	97,6

De flesta kvinnor i Huddinge barnomsorg anser att deras arbete (ofta/ibland) kräver att man arbetar mycket fort och hårt. Drygt 20 procent upplever att det ofta kräver en alltför stor arbetsinsats av dem. Arbetet kräver dessutom ofta att man är påhittig, det menar nästan 83 procent av kvinnorna., liksom att arbete ofta kräver deras skicklighet.

Mer än hälften av kvinnorna rapporterar att deras arbete ofta är repetitivt, d.v.s. man måste göra om samma saker om och om igen. Att man sällan eller så gott som aldrig har tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter det anser 40 procent. Det förekommer ofta motstridiga krav i arbetet anser 10 procent av kvinnorna, -att det är så ibland det menar 43 procent av dem.

Drygt hälften av kvinnorna uppger att de ofta har frihet att bestämma HUR arbetet skall utföras.

Det är däremot färre (40,7 procent) som anser att man ofta har frihet att bestämma VAD som skall utföras i arbetet. Många anser att man ibland kan få lära sig nya saker i jobbet. Men endast 25 procent anser att det förekommer ofta.

I den femte och sista kolumnen redovisas hur många av kvinnorna som uttalar sig i frågorna om arbetsmiljön. Svarefrekvensen är hög, mellan drygt 94– 98 procent. Möjligtvis går det att urskilja viss skillnad på vilka frågor man vill och inte vill besvara. Framför allt ses att färre kvinnor besvarar frågan om det förekommer motstridiga krav i arbetet. I redovisningen som följer yrkesfördelad (sid 51) är det kvinnorna i yrkesgruppen Chefer, som i högre grad än övriga upplever att det förekommer motstridiga krav i deras arbete.



## ARBETSBETINGADE HÄLSORISKER

Hur man uppfattar och påverkas av sin arbetsmiljö har stor betydelse för hälsan i arbetslivet. Om den miljö man vistas i upplevs alltför negativ och omöjlig att förändra kan den bidra till utbrändhet hos människor ( Theorell T. 1990).

Hur stort beslutsutrymme finns att själv styra i sin dagliga arbetssituation och i vilken utsträckning får man användning av sina yrkeskunskaper? Finns möjligheter att lära sig nya saker om och i sitt arbete? Finns ett tillräckligt stort utrymme avseende dessa arbetsmiljöfaktorer anses det hälsomässigt positivt och skyddande.

- Grad av beslutsutrymme = grad av användning för sin yrkeskunskap och grad av eget utrymme att fatta beslut i sitt arbete.  
(Decision-latitude = skill use and authority over desicion making)
- Och vilka krav finns som förhindrar eget beslutsutrymmet?  
(Demand / Control model).

Om det förekommer en övervikt av krav i förhållande till beslutsutrymmet menar flera forskare ( Karasek R, Theorell T, 1990, Semmer N., Frese M. 1988 m.fl. ) att det har en negativ effekt på hälsan, bl.a. en ökad risk för hjärt –kärlsjukdom.

Dessutom belyser flera forskningsrapporter miljöns betydelse av risk för uppkomst av utbrändhet. Några pekar på att utbrändhet inte behöver vara ett kroniskt tillstånd utan kan förändras med hjälp av åtgärder för att förändra de faktorer i miljön som upplevs negativa av individen. (Karasek R, Theorell T. 1990 m.fl.). Miljön innehåller olika element, den man vistas i under dagtid /arbetstid och den man vistas i under sin fritid

Det är mycket sällan man blir sjuk av endast en orsak utan det är vanligen flera bidragande faktorer som medverkar till uppkomst av sjukdom (Rothman 1976, 1986, Ahlbom A. 1990 ). Ansvaret för en god arbetsmiljö vilar primärt hos arbetsgivaren och arbetsgivaren är den som har huvudansvaret för de förhållanden som råder på arbetsstället. (Arbetsmiljölagen 22:a upplagan 2000, 3 kapitlet 2 §). I samband med regeringens nyligen framlagda 11-punktsprogram, som är förslag till åtgärder för att minska risken för individer att insjukna i sin arbetsmiljö, kommer arbetsgivaransvaret för sådana frågor att förstärkas ytterligare inom kort.

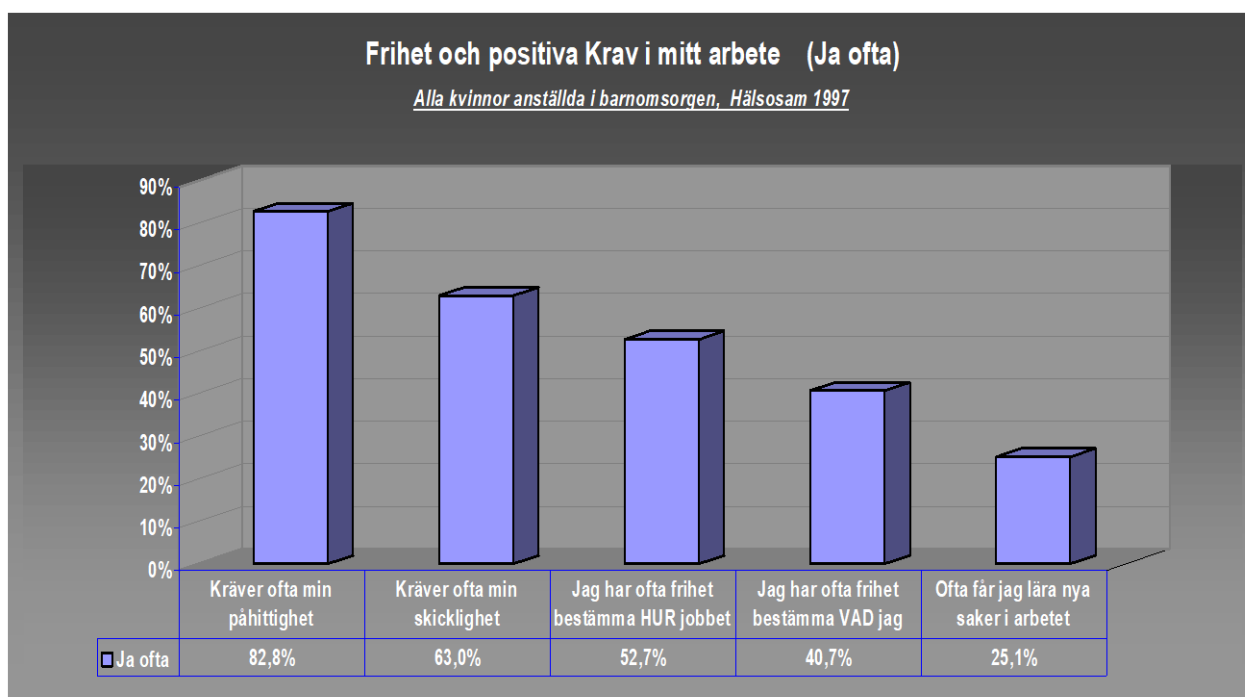
*Tre diagram redovisar arbetsmiljöns goda och mindre goda sidor*

Med tre diagram (Figur 7, 8 och 9 sid. 44-46) redovisas ovanstående arbetsmiljöfrågor, indelade i olika värdegrupperingar, för att peka på faktorer i arbetsmiljön som antas kan ha positiv eller negativ inverkan på hälsan.

## 1. Frihet och positiva krav i mitt arbete. År 1997. (Procent)

### Ja, ofta

- Kräver ofta min påhittighet 82,8
- Kräver ofta min skicklighet 63
- Jag har ofta frihet bestämma HUR jobbet skall göras 52,7
- Jag har ofta frihet bestämma VAD jag skall göra 40,7
- Ofta får jag lära nya saker i arbetet 25,1



Figur 7. Frihet och positiva krav i arbetsmiljön som upplevs ofta. År 1997 Hela yrkesgruppen.

År 1997 upplever majoriteten av kvinnorna (82,8 procent) att det ofta finns behov av fantasi och påhittighet för att kunna klara av att utföra sina arbetsuppgifter i barnomsorgen, liksom att arbetet ofta kräver deras skicklighet (63 procent).

Drygt hälften av kvinnorna upplever också ofta frihet att själva kunna bestämma HUR de skall utföra sina arbetsuppgifter. Det är däremot inte lika vanligt att man kan bestämma VAD som skall utföras i arbetet. Endast drygt 40 procent av kvinnorna uppger att de ofta har den friheten.

Det är inte heller vanligt att man ofta får lära sig nya saker i sitt arbete. Det är ett fåtal av kvinnorna (25,1 procent) som anser att det händer ofta. Framför allt gäller den uppfattningen i yrkesgrupperna Lokalvårdare (11,5 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (14,3 procent) och Dagbarnvårdare (16,5 procent).

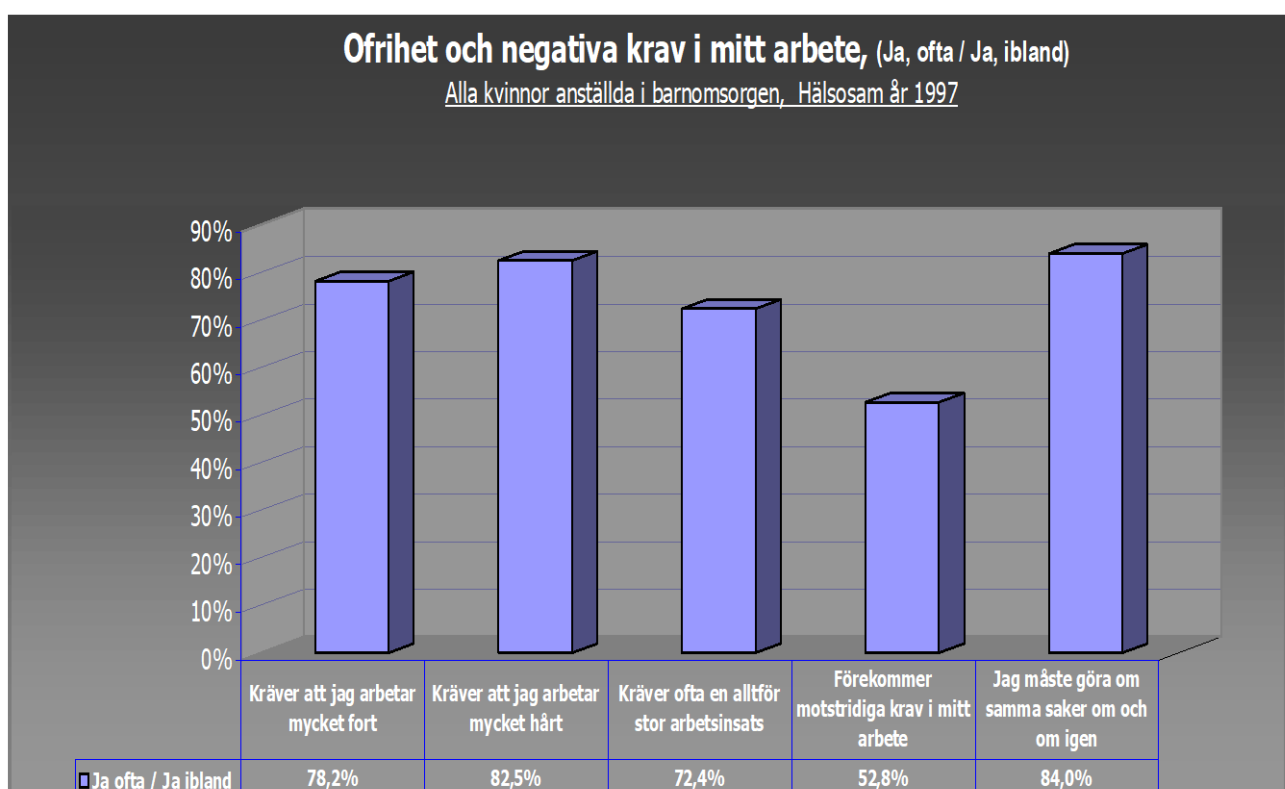
Chefer är den yrkesgrupp (51,9 procent) som i högre omfattning än övriga rapporterar att det för dem finns goda möjligheter att lära nytt och utvecklas i sitt arbete (se sid 52).

Vid mätningen år 1998 ses viss förbättring och uppfattningen ökar något om att det finns möjlighet att utvecklas och lära nytt i sitt arbete. Då anser drygt 26 procent av kvinnorna att det händer ofta. Men fördelningen mellan yrkena är i det närmaste lika som för mätningen år 1997 (Se Del 3. Sid.107).

## 2. Ofrihet och negativa krav i mitt arbete. (Procent)

### Ja, ofta / Ja, ibland

- Kräver att jag arbetar mycket fort 78,2
- Kräver att jag arbetar mycket hårt 82,5
- Kräver ofta en alltför stor arbetsinsats 72,4
- Förekommer motstridiga krav i mitt arbete 52,8
- Jag måste göra om samma saker om och om igen 84



Figur 8. Ofrihet och negativa krav i arbetet som upplevs Ofta / Ibland. Hela yrkesgruppen.

I mycket hög grad anser kvinnorna som arbetar i barnomsorgen i Huddinge kommun, att deras arbete kräver att man ofta eller ibland måste arbeta mycket fort (78,2 procent) och mycket hårt (82,5 procent).

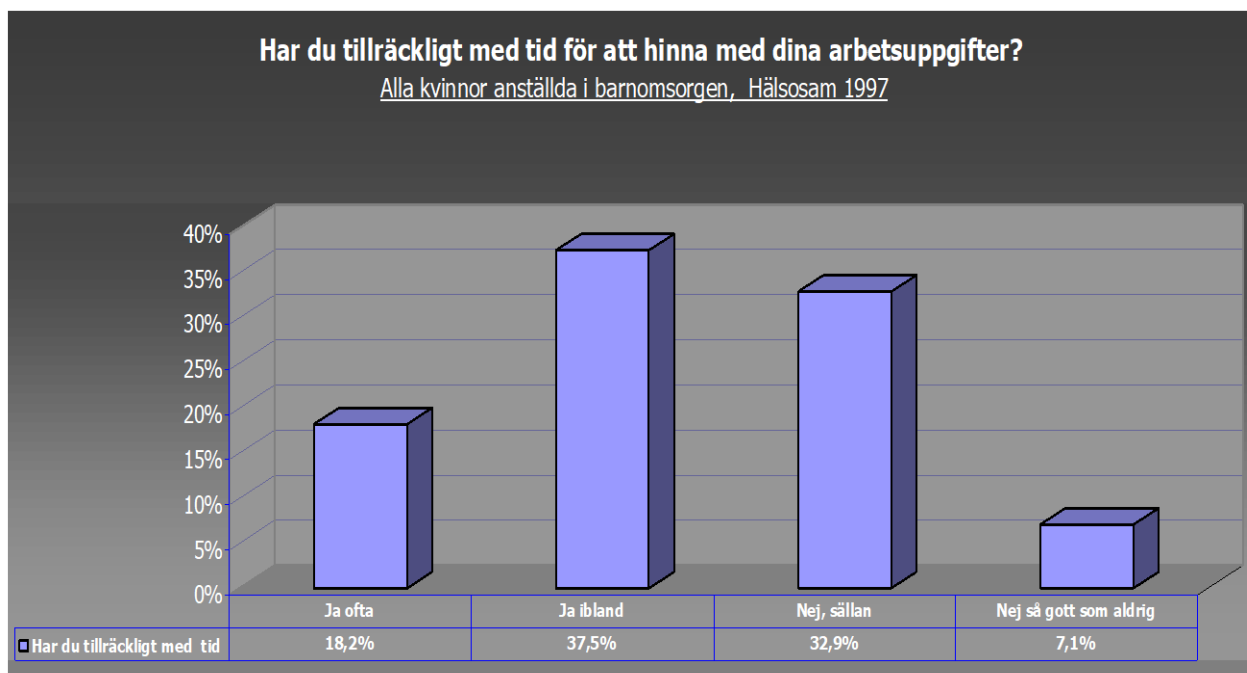
Majoriteten av kvinnorna (72,4 procent) anser också att arbetet ofta eller ibland kräver en alltför stor arbetsinsats av dem.

Drygt hälften av hela yrkesgruppen som uppger att det ofta eller ibland förekommer motstridiga krav i deras arbete.

Flertalet av kvinnorna (84 procent) menar att arbetsuppgifterna ofta eller ibland är mycket repetitiva, det vill säga man måste göra om samma saker om och om igen.

### 3. Har du tillräckligt med tid för att hinna med dina arbetsuppgifter? (Procent)

- **Ja ofta**
- **Ja ibland**
- **Nej, sällan**
- **Nej så gott som aldrig**



Figur 9. Har du tillräckligt med tid för att hinna med dina arbetsuppgifter? Hela yrkesgruppen.

Att man *sällan* har tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter, det menar nästan 33 procent av kvinnorna. Det är drygt sju procent som anser att man *så gott som aldrig* har det. Endast en liten grupp av kvinnorna (drygt 18 procent) *upplever ofta* att tiden för arbetsuppgifterna räcker till.

## ARBETSMILJÖFRÅGOR ÅR 1997 YRKESFÖRDELADE

För att återge hur ovanstående material från figurerna 7, 8 och 9 fördelar sig i de olika yrkesgrupperna redovisas alla frågeställningar med varje fråga i en tabell yrkesfördelad i procent (se tabell 21-33 Sid. 47-60). Resultaten redovisas med variabler från:

- **Ja, ofta**
- **Ja, ibland**
- **Nej, sällan**
- **Nej, så gott som aldrig.**

Vid en sammanslagning av resultat där kvinnorna svarat Ja, ofta och Ja, ibland och jämför dessa mellan yrkesgrupperna blir de ofta utslätade och med obetydliga skillnader. Redovisas däremot endast variabeln ofta, ses skillnaderna tydligare. Detta hindrar emellertid inte läsaren att själv välja vilka av dessa man vill studera.

Tabell 21. Kräver Ditt arbete att du arbetar mycket fort? Yrkesfördelad. (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	37,5	37,5	20,8	4,2
<b>Dagbarnvårdare</b>	16,4	52,2	22,4	9,0
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde.</b>	40,8	59,2	0	0
<b>Barnskötare</b>	28,3	55,3	12,2	4,2
<b>Lärare</b>	23,2	55,9	15,2	5,7
<b>Chefer</b>	32,0	52,0	14,0	2,0

### Kräver Ditt arbete att du arbetar mycket fort?

I yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde rapporterar samtliga kvinnor att de (ofta och ibland) måste arbeta mycket fort. Även Barnskötare (83,6 procent) och Chefer (84 procent) menar att man måste det. Dagbarnvårdare (68,6 procent) upplever inte det kravet i lika hög grad som de övriga.

Vid redovisning av variabeln ofta, är det fortfarande kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (40,8 procent) som i högre grad än i övriga yrkesgrupper, upplever att de måste arbeta mycket fort, närmast rapporterar Lokalvårdare (37,5 procent) att de ofta måste göra det. Det är kvinnorna bland Dagbarnvårdare (16,4 procent) den uppfattningen är minst uttalad.

Tabell 22. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt? Yrkesfördelad. (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	26,9	57,7	11,5	3,8
<b>Dagbarnvårdare</b>	14,3	56,4	24,8	4,5
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	38,0	44,0	18,0	0
<b>Barnskötare</b>	21,2	54,3	19,4	5,1
<b>Lärare</b>	24,1	56,4	15,2	4,3
<b>Chefer</b>	39,2	51,0	9,8	0

#### Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?

Framför allt är det fler Chefer (39,2 procent) och kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (38 procent) som ofta upplever att arbetet kräver att de måste arbeta mycket hårt.

Men på frågan om de ofta eller ibland upplever detta, svarar majoriteten av kvinnorna att det är så. Den yrkesgrupp som inte i lika hög grad rapporterar att det krävs ofta är Dagbarnvårdare (14,3 procent).

Tabell 23. Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats? Yrkesfördelad. (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	24,0	44,0	16,0	16,0
<b>Dagbarnvårdare</b>	7,6	60,6	25,8	6,1
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	16,3	42,9	34,7	6,1
<b>Barnskötare</b>	23,6	54,5	19,5	2,5
<b>Lärare</b>	23,6	53,9	18,2	4,3
<b>Chefer</b>	30,8	57,7	11,5	0

#### Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?

Vid en sammanslagning av variablerna ofta och ibland, är det fler Chefer (88,5 procent) som upplever att arbetet kräver en för stor arbetsinsats av dem. Rapporteringen är här lägst bland kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (59,2 procent).

På frågan om man ofta eller ibland anser att arbetet kräver en alltför stor arbetsinsats anser flertalet kvinnor att det är så. I något mindre omfattning uppges det av kvinnorna bland Lokalvårdare (68 procent).

På frågan om det inträffar ofta, är det fler Chefer (30,8 procent) som anser det. Allra minst är det bland Dagbarnvårdare (7,6 procent) som kvinnorna upplever att deras arbete ofta kräver en för stor arbetsinsats av dem.

Tabell 24. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?  
Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	40,0	32,0	24,0	4,0
<b>Dagbarnvårdare</b>	47,0	36,6	14,2	2,2
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	37,5	31,3	22,9	8,3
<b>Barnskötare</b>	10,8	42,1	39,6	7,5
<b>Lärare</b>	14,9	36,7	39,8	8,6
<b>Chefer</b>	7,5	47,2	34,0	11,3

Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?

Det är framför allt Dagbarnvårdare (47 procent) som menar att de i högre grad än övriga, ofta har tillräckligt med tid för att hinna med sina arbetsuppgifter.

I mindre omfattning än övriga yrkesgrupper är det Chefer (7,6 procent) som oftast anser att tiden inte räcker till.



Tabell 25. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete? Yrkesfördelad. Procent

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	0	13,0	60,9	26,1
<b>Dagbarnvårdare</b>	3,8	38,6	44,7	12,9
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	6,3	35,4	37,5	20,8
<b>Barnskötare</b>	8,2	48,4	36,3	7,1
<b>Lärare</b>	14,7	48,9	32,2	4,3
<b>Chefer</b>	24,5	43,4	28,3	3,8

#### Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?

Framför allt är det i yrkesgruppen Chefer (nästan 25 procent) som man ofta upplever att det förekommer motstridiga krav i deras arbete. Därefter rapporterar yrkesgruppen Lärare (nästan 15 procent) att det ofta förekommer.

Det är inte någon kvinna bland Lokalvårdare (noll procent) som anser att det ofta förekommer motstridiga krav i deras arbete.

Trots allt anser många kvinnor i barnomsorgen att det ibland förekommer i deras arbete. Det uppger drygt 35 upp till nästan 49 procent att det kan gör, undantagande Lokalvårdare. Där är det 87 procent av de kvinnorna som uppger att det sällan eller så gott som aldrig förekommer några motstridiga krav deras arbete.

Tabell 26. Får Du lära dig nya saker i Ditt arbete? Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	11,5	38,5	34,6	15,4
<b>Dagbarnvårdare</b>	16,5	59,4	21,8	2,3
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	14,3	57,1	22,4	6,1
<b>Barnskötare</b>	25,7	61,4	12,1	0,8
<b>Lärare</b>	27,5	57,5	12,7	2,3
<b>Chefer</b>	51,9	40,4	5,8	1,9

#### Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?

Alla yrkesgrupper rapporterar, men i olika stor omfattning, att de ibland får lära sig nya saker i sitt arbete. Det uppger drygt 38 procent upp till nästan 58 procent av hela yrkesgruppen.

Men på frågan om det händer ofta, ses en tydlig skillnad. Framför allt är det bland Chefer (51,9 procent) det förekommer ofta, därefter följer, men med ett stort hopp, Lärare (27,5 procent) och Barnskötare (25,7 procent). Språnget är sedan ännu större till Dagbarnvårdare (16,5 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (14,3 procent) och Lokalvårdare (11,5 procent). Bland de yrkesgrupperna är det betydligt färre kvinnor som anser att det ofta får lära sig nya saker i sitt arbete.

Tabell 27. Kräver Ditt arbete skicklighet? Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	32,0	40,0	20,0	8,0
<b>Dagbarnvårdare</b>	47,8	45,5	5,2	1,5
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	63,8	29,8	4,3	2,1
<b>Barnskötare</b>	62,4	33,9	3,8	0
<b>Lärare</b>	72,6	25,1	2,0	0,3
<b>Chefer</b>	92,3	7,7	0	0

### Kräver Ditt arbete skicklighet?

Majoriteten av kvinnorna anser att deras arbete kräver deras skicklighet när redovisningen kommer från variablerna ofta/ibland.

På direkt fråga om det sker ofta, ses en viss skillnad mellan yrkegrupperna. Den spänner från 30 upp till drygt 92 procent mellan dem. I större utsträckning är det Chefer (92,3 procent) och Lärare (72,7 procent) som anser att deras arbete ofta kräver det av dem.

I mindre grad rapporterar kvinnorna bland Dagbarnvårdare (48,7 procent) och Lokalvårdare (32 procent) att arbetet de utför ofta kräver deras skicklighet.

Tabell 28. Kräver Ditt arbete påhittighet? Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	16,0	40,0	28,0	16,0
<b>Dagbarnvårdare</b>	81,5	17,8	0,7	0
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	64,0	32,0	4,0	0
<b>Barnskötare</b>	86,4	13,6	0	0
<b>Lärare</b>	90,5	9,5	0	0
<b>Chefer</b>	86,5	13,5	0	0

#### Kräver Ditt arbete påhittighet?

Det är mycket få kvinnor som inte menar att arbetet ofta kräver deras påhittighet. Framför allt är det kvinnor i yrkesgrupperna Lärare (90,5 procent), Chefer (86,5 procent) och Barnskötare (86,4 procent) som rapporterar att det ofta är så. I mindre grad anser Lokalvårdare (16 procent) att påhittighet ofta krävs av dem i deras arbete.

Tabell 29. Innebär Ditt arbete att man gör om samma saker om och om igen?  
Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	96,2	3,8	0	0
<b>Dagbarnvårdare</b>	68,2	25,0	6,1	4,0
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	9,2	28,6	10,2	2,0
<b>Barnskötare</b>	60,9	30,2	7,0	1,9
<b>Lärare</b>	49,0	32,7	15,5	2,8
<b>Chefer</b>	15,4	44,2	28,8	11,5

Innebär Ditt arbete att man gör om samma saker om och om igen?

Redovisas resultaten från variablerna ofta / ibland – ses att de flesta kvinnor uppger att de måste göra om samma saker om och om igen i sitt arbete.

Men det finns tydlig skillnad mellan yrkesgrupperna. Framför all är det kvinnorna bland Lokalvårdare (96,2 procent) som starkast upplever känslan, att de måste göra om samma saker om och om igen, nära nog till ett-hundra procent.

Den yrkesgrupp som minst uppger att deras arbete ofta är repetitivt är Chefer ( 15,4 procent).

Tabell 30. Har Du frihet att bestämma HUR Ditt arbete ska utföras? Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	73,1	15,4	11,5	0
<b>Dagbarnvårdare</b>	70,6	29,4	0	0
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	62,5	31,3	4,2	2,1
<b>Barnskötare</b>	41,0	51,8	6,7	0,5
<b>Lärare</b>	57,9	40,4	1,7	0
<b>Chefer</b>	65,4	32,7	1,9	0

Har Du frihet att bestämma HUR Ditt arbete ska utföras?

I mindre grad än i övriga yrkesgrupper är det kvinnorna bland Barnskötare (41 procent) som upplever att de inte så ofta har frihet att bestämma HUR deras arbete skall utföras.

Bäst upplevs det bland kvinnor som är Lokalvårdare (73,1 procent) och Dagbarnvårdare (70,6 procent).

Tabell 31. Har Du frihet att bestämma VAD som ska utföras i Ditt arbete?  
Yrkesfördelad (Procent)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
<b>Lokalvårdare</b>	51,9	37,0	11,1	0
<b>Dagbarnvårdare</b>	54,8	38,5	5,9	0,7
<b>Kokerska/ Skolmåltidsbiträde</b>	42,0	42,0	12,0	4,0
<b>Barnskötare</b>	31,1	57,7	9,8	1,3
<b>Lärare</b>	46,6	48,0	4,3	1,1
<b>Chefer</b>	49,1	39,6	11,3	0

Har Du frihet att bestämma VAD som ska utföras i Ditt arbete?

Vid jämförelser mellan yrkesgrupperna vad de anser om friheten att bestämma HUR deras arbete skall utföras (se tabell 30) där kunde konstateras att det är Barnskötare som i mindre grad än övriga anser sig ha den friheten.

Även i ovanstående tabell 31, ses på frågan om man har frihet att bestämma VAD som skall utföras i arbetet, att det är kvinnorna bland Barnskötare (31,1 procent) som i mindre omfattning upplever att de ofta har det. Bäst upplevs ofta den friheten bland kvinnor som är Lokalvårdare (51,9 procent).

Tabell 32. Får Du uppskattning för Dina arbetsinsatser?

**Redovisat från hela yrkesgruppen (Procent)**

På denna fråga finns ett stort bortfall i svarsfrekvens från hela arbetsgruppen. På frågan om man får uppskattning av överordnade har 83 procent besvarat frågan. Om man får uppskattning av sina arbetskamrater där svarar 86,5 procent, samt om man får det av barn och föräldrar, där svarar 73,5 procent.

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
<b>Av överordnade</b>	8,6	25,3	31,0	18,6
<b>Av arbetskamrater</b>	3,4	14,9	44,4	24,3
<b>Av barn och föräldrar</b>	2,1	9,6	33,9	28,3

Det är endast 18,6 procent av de anställda i barnomsorgen som tycker att de i någon högre grad får uppskattning för sina arbetsinsatser från sina överordnade. Bäst upplevs uppskattningen från barn och föräldrar, 28,3 procent.

Tabell 33. Får Du uppskattning för Dina arbetsinsatser? Yrkesfördelad (Procent)

**Lokalvårdare (KOD 11)**

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
<b>Av överordnade</b>	22,2	22,2	16,7	38,9
<b>Av arbetskamrater</b>	9,1	18,2	45,5	27,3
<b>Av barn och föräldrar</b>	33,3	33,3	11,1	22,2

67 procent av gruppen Lokalvårdarna har besvarat denna fråga.

Det är drygt 22 procent av dem som menar att de i hög grad får uppskattning av barn och föräldrar för sina arbetsinsatser. Den uppskattning man får för sina arbetsinsatser från överordnade upplevs i större omfattning. Det uppger 38,9 procent av Lokalvårdare.



Tabell 33. (Forts.) Får Du uppskattning för Dina arbetsinsatser? Yrkesfördelad (Procent)

### Dagbarnvårdare (KOD 12)

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
Av överordnade	14,9	37,7	36,0	11,4
Av arbetskamrater	6,0	19,7	45,3	29,1
Av barn och föräldrar	1,0	6,7	30,5	61,9

84 procent av Dagbarnvårdarna har besvarat frågan.

I mycket **hög grad** upplever de uppskattning de får för sina arbetsinsatser från föräldrar och barn. Det uppger nästan 62 procent av dem. Man får också bra uppskattning för sitt jobb av arbetskamraterna. Däremot finns den känslan endast hos 11,4 procent av Dagbarnvårdare när det gäller den uppskattning man i hög grad får av sina överordnade.

### Kokerska / Skolmåltidsbiträde (KOD 20)

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
Av överordnade	4,8	11,9	40,5	42,9
Av arbetskamrater	9,1	9,1	40,9	40,9
Av barn och föräldrar	4,9	17,1	41,5	36,6

Det är 86 procent av gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde som har besvarat frågan. Allra mest upplever de att de får uppskattning av överordnade och arbetskamrater.

### Barnskötare (KOD 22)

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
Av överordnade	7,6	27,7	42,7	22,0
Av arbetskamrater	3,3	15,4	53,8	27,5
Av barn och föräldrar	2,5	13,2	50,5	33,8

85 procent av Barnskötare har besvarat frågan.

Bäst upplevs den uppskattning man får av barn och föräldrar i hög grad, 33,8 procent, och därefter av sina arbetskamrater. I mindre grad rapporterade de att de får uppskattning av sina överordnade.

Tabell 33. (Forts.) Får Du uppskattning för Dina arbetsinsatser? Yrkesfördelad (Procent)

**Lärare (KOD 46)**

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
<b>Av överordnade</b>	11,2	32,0	35,3	21,5
<b>Av arbetskamrater</b>	3,4	19,1	52,5	25,0
<b>Av barn och föräldrar</b>	1,9	12,0	48,9	36,8

84 procent har besvarat frågan om man får uppskattning för sina arbetsinsatser. Bäst upplever Yrkesgruppen Lärare att de får det av föräldrar och barn, därefter av sina arbetskamrater. Av överordnades uppskattning är det endast drygt 21 procent av kvinnorna bland Lärare som menar att de i någon hög grad upplever att de får.

**Chefer (KOD 56)**

	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad
<b>Av överordnade</b>	13,3	37,8	17,8	31,1
<b>Av arbetskamrater</b>	0	16,7	50,0	33,3
<b>Av barn och föräldrar</b>	2,3	23,3	44,2	30,2

Det är 81 procent av Chefer som har besvarat frågan. Att man i hög grad får uppskattning för sina arbetsinsatser det upplever Chefer i stort sett lika, oavsett den kommer från överordnade, arbetskamrater eller barn och föräldrar.

Tabell 34. Hur är stämningen på Din arbetsplats?

Redovisat från hela yrkesgruppen (Procent).

Sex frågor som besvarar i vilken mån man anser att ett påstående om deras arbetsmiljö stämmer överens eller ej.

	Stämmer helt och hållet	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
Det är en lugn och behaglig stämning.	10,6	53,2	26,3	5,8
Det är en god sammanhållning.	22,6	58	14,1	2,1
Mina arbetskamrater ställer upp för mig.	36	54	6,1	0,8
Man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag.	38,4	50,3	6,9	1,2
Jag kommer bra överens med mina överordnade.	40	50	6	1
Jag trivs bra med mina arbetskamrater.	47,5	45	4,4	0,3

### Det stämmer inte särskilt bra / Det stämmer inte alls

De flesta som arbetar i barnomsorgen anser att stämningen på arbetsplatsen är lugn och behaglig. Det finns de som inte anser att det stämmer särskilt bra. Det är drygt 32 procent som inte anser att stämningen är lugn och behaglig på arbetsplatsen

Det är mer än 80 procent av kvinnorna som rapporterar att sammanhållningen är god. Drygt 16 procent av de anställda anser inte att de stämmer.

### Stämmer helt och hållet / Stämmer ganska bra

Mina arbetskamrater ställer upp för mig om det behövs, det anser 36 procent och 54 procent menar att det stämmer ganska bra.

Att jag ibland kan ha en ”dålig dag” har de flesta av mina arbetskamrater förståelse för. Det anser i det närmaste 89 procent av kvinnorna

Flertalet anställda tycker att de kommer bra överens med sina överordnade. Det menar 90 procent av dem att de gör.

Det finns en god portion trivsel mellan arbetskamraterna. Det menar 92,5 procent av kvinnorna. Det är det nästan fem procent som inte tycker att det stämmer särskilt bra.

Tabell 35. Är stämningen lugn och behaglig på Din arbetsplats? Yrkesfördelad.

Redovisning av varje yrkesgrupps uppfattning om vad de anser om stämningen på arbetsplatsen, med en sammanslagning av resultat hämtat från variablerna:

<b>• Stämmer inte särskilt bra</b>	(Procent)
<b>• Stämmer inte alls</b>	
Lokalvårdare	21,7
Dagbarnvårdare	22,3
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	35,5
Barnskötare	36,3
Lärare	36,3
Chefer	18

Det är framför allt i yrkesgrupperna Barnskötare, Lärare och Kokerska / Skolmåltidsbiträde som man i högre grad upplever att det inte är en lugn och behaglig stämning på deras arbetsplatser. Det är 35,5 - 36,3 procent av dem som inte anser att det stämmer särskilt bra eller inte stämmer alls.

I mindre omfattning än ovanstående yrkesgrupper delas den åsikten av barnomsorgspersonal som inte har så många yrkeskollegor i sin dagliga arbetsmiljö nämligen Lokalvårdare, Dagbarnvårdare och Chefer. Där är det endast mellan 18 upp till drygt 22 procent som inte har en sådan uppfattning att stämningen är lugn och behaglig på deras arbetsplats.

Tabell 36. Det är god sammanhållning på min arbetsplats Yrkesfördelad

<b>• Stämmer inte särskilt bra</b>	(Procent)
<b>• Stämmer inte alls</b>	
Lokalvårdare	4,5
Dagbarnvårdare	14,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	18,8
Barnskötare	17,4
Lärare	19,1
Chefer	5,7

Påståendet att sammanhållningen skulle vara bra på arbetsplatsen, det stämmer inte särskilt bra eller det stämmer inte alls, det anser drygt 19 procent av yrkesgruppen Lärare och mer än 18 procent i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde. Bland Barnskötare är det drygt 17 procent som inte heller anser att det stämmer särskilt bra. Lokalvårdare och Chefer upplever i högre grad än de övriga yrkesgrupperna att sammanhållningen är god. Det är endast drygt fyra respektive nästan sex procent av dem som inte anser att det stämmer att sammanhållningen är god på deras arbetsplats.

Tabell 37. Mina arbetskamrater ställer upp för mig på min arbetsplats Yrkesfördelad

- **Stämmer inte särskilt bra** (Procent)
- **Stämmer inte alls**

Lokalvårdare	11,5
Dagbarnvårdare	5,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	19,6
Barnskötare	5,9
Lärare	7,5
Chefer	14,1

I något högre grad, nästan 20 procent, är det i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde som man uppger att det inte stämmer särskilt bra med påståendet att arbetskamraterna ställer upp för dem på jobbet. Barnskötare och Lärare uppger en större tillfredsställelse avseende ett sådant stöd från arbetskamraterna . Det är nästan sex procent och drygt sju procent av dem som inte tycker att det stämmer särskilt bra eller att det inte stämmer alls.

Tabell 38. Mina arbetskamrater har förståelse för att jag kan ha en dålig dag. Yrkesfördelad

- **Stämmer inte särskilt bra** (Procent)
- **Stämmer inte alls**

Lokalvårdare	0
Dagbarnvårdare	9,6
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	12,5
Barnskötare	7,2
Lärare	9,1
Chefer	10

Lokalvårdare tycker till 100 procent att deras arbetskamrater har förståelse för dem om de skulle ha en ”dålig dag”. Det är fler i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde som har uppfattningen att det inte stämmer särskilt bra eller stämmer inte alls. Det är 12,5 procent av dem som inte anser att deras arbetskamrater har förståelse för dem om de har en ”dålig dag”.

Tabell 39. Jag kommer bra överens med mina överordnade Yrkesfördelad.

- **Stämmer inte särskilt bra** (Procent)
- **Stämmer inte alls**

Lokalvårdare	4,2
Dagbarnvårdare	6,7
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	6,3
Barnskötare	7,2
Lärare	7,1
Chefer	12

Det är tolv procent i yrkesgruppen Chefer som inte anser att det stämmer särskilt bra eller det stämmer inte alls vid påståendet att man kommer bra överens med sina överordnade. För övriga yrkesgrupper råder den uppfattningen hos drygt fyra upp till drygt sju procent. Den yrkesgrupp som anser sig komma bäst överens med sina överordnade är Lokalvårdare. Det är endast drygt fyra procent av dem som inte anser att det stämmer särskilt bra att man gör det.

Tabell 40. Jag trivs bra med mina arbetskamrater. Yrkesfördelad.

- **Stämmer inte särskilt bra** (Procent)
- **Stämmer inte alls**

Lokalvårdare	0
Dagbarnvårdare	5,3
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	4
Barnskötare	4,7
Lärare	5,4
Chefer	4,1

De allra flesta anställda i barnomsorgen uppger att man trivs bra med sina arbetskamrater. I yrkesgruppen Lokalvårdare finns det inte någon kvinna som uppger att det inte skulle stämma. I de övriga yrkesgrupperna finns det mellan fyra till drygt fem procent som inte anser sig trivas med sina arbetskamrater.

Tabell 41. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete? Redovisat från hela yrkesgruppen (Procent)

• Varje dag	0,2
• Ett par gånger i veckan	0,7
• En gång per vecka	0,7
• Ett par gånger per år	9,4
• Mer sällan eller inte alls	89

Det är en procent av hela yrkesgruppen som inte besvarat frågan om de i arbetet blir utsatta för våld eller hot om våld. Mer sällan eller inte alls är man utsatt för våld eller hot om våld, det rapporterar 89 procent. Det förekommer dock våld / hot om våld om än i mindre omfattning. Vid en sammanslagning av ovanstående värden kan man se att elva procent uppger att de kan bli utsatta för detta i sin arbetsituation.

Tabell 42. Är Du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete? Yrkesfördelad (Procent) Redovisat hur ofta det inträffar

### En gång i veckan

Det är inte någon yrkesgrupp som rapporterar att de är utsatta för våld eller hot om våld i arbetet så ofta som en gång i veckan.

### Ett par gånger per år (Procent)

Lokalvårdare	3,8
Dagbarnvårdare	10,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	10,2
Barnskötare	9,5
Lärare	10
Chefer	3,8

Studerar man denna fråga yrkesfördelad, där de flesta anser att det sker mer sällan eller aldrig att de blir utsatta för våld eller hot om våld i sitt arbete, är det två yrkesgrupper som skiljer sig från den uppfattningen och rapporterar i större utsträckning och tydligare än övriga att de blir det.

Det är Barnskötare och Lärare som uppger att det kan inträffa varje dag, ett par gånger i veckan eller ett par gånger per månad. Vid en sammanslagning av rapportering från alla variablerna blir skillnaden mellan yrkesgrupperna tydligare. Inte någon i övriga grupper beskriver det. De uppger i mindre omfattning, från 3,8 procent upp till drygt tio procent att det kan inträffa ett par gånger om året. Det är 11,6 procent av Barnskötare och 12,6 procent Lärare som oftare anser att man utsätts för hot och våld i arbetsituationen. Samma uppfattning råder bland dem om denna fråga i Enkät 2. Men i något lägre omfattning.

Tabell 43. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer? Redovisat från hela yrkesgruppen (Procent)

- **Genom att de t.ex. utesluter Dig från information**
- **Inte hälsar**
- **Inte svarar på frågor**

De flesta, 99 procent, har besvarat frågan om man känner sig utfrusen av vissa chefer. Drygt 73 procent menar att man inte alls upplever sig vara det. I vilken omfattning man upplever detta redovisas nedan från hela yrkesgruppen.

Ja, i stor omfattning	1,5
I viss mån	5,9
I liten omfattning	19,1
Nej, inte alls	73,3

I någon omfattning menar drygt 26 procent av kvinnorna i barnomsorgen att de upplever sig vara utfrusna av vissa av sina chefer.

Tabell 44. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer? Yrkesfördelad. (Procent)

### **I stor omfattning.**

Allra mest uppger yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde att de *i stor omfattning* känner sig utfrusna av vissa av sina chefer det uppger 6 procent av dem. Bland Chefer är det inte någon som anser det i någon högre grad. Det är drygt 2 procent av Dagbarnvårdare och drygt en procent av Barnskötare och knappt en procent av Lärare som i stor omfattning rapporterar att de upplever att de känner sig utfrusna av vissa chefer.

### **I viss mån.**

Majoriteten av kvinnorna känner sig inte utfrusna av sina chefer. De som gör det något högre utsträckning är Chefer. Där är det 13,2 procent som anser att man gör det *i viss mån*. Dagbarnvårdare har i mindre grad än övriga en sådan uppfattning. Här uppger drygt fem procent att det är så. I övriga yrkesgrupper upplever 5,3-7,4 procent att de i viss mån känner sig utfrusna av vissa chefer.



Forts. Tabell 44. Känner Du Dig utfrusen av vissa chefer? Yrkesfördelad. (Procent)

### I liten omfattning

Lokalvårdare	18,5
Dagbarnvårdare	18,5
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	22
Barnskötare	17,1
Lärare	21,8
Chefer	17

Man kan konstatera att det i de flesta yrkesgrupperna förekommer att man i någon omfattning känner sig utfrusen av vissa chefer

Vid sammanslagning från samtliga ovanstående värderingar: I stor omfattning, I viss mån, I liten omfattning, ses att de mest utsatta anser sig kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde vara. Det är 34 procent som rapporterar det. Därefter kommer Chefer (30,2 procent) och Lokalvårdare (29,6 procent). Bland Lärare är det nästan 28 procent som har denna uppfattning. I något mindre grad rapporterar Barnskötare (24,2 procent) att de upplever sig vara utfrusna av sina chefer.

Tabell 45. Känner Du Dig utfrusen av vissa arbetskamrater? Redovisat från hela yrkesgruppen (Procent)

- **Genom att de t.ex. utesluter Dig från information**
- **Inte hälsar**
- **Inte svarar på frågor**

Ja, i stor omfattning	0,7
I viss mån	4,6
I liten omfattning	11,0
Nej, inte alls	83

Det är cirka 16 procent av kvinnorna som i någon omfattning anser sig vara utfrusna av sina arbetskamrater.

Tabell 46. Känner Du Dig utfrusen av vissa arbetskamrater? Yrkesfördelad. (Procent)

### Avspeglade olika stor omfattning

Det är 98,4 procent som besvarat frågan och majoriteten av de anställda känner sig inte utfrusen av sina arbetskamrater. Det menar 83 procent. När man studerar de olika yrkesgruppernas uppfattning avseende denna fråga finns vissa skillnader.

#### **I stor omfattning.**

På frågan om man *i stor omfattning* upplever sig vara utfrusna av sina arbetskamrater råder den uppfattningen mest bland kvinnor i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (4 procent). I övriga yrkesgrupper är det sammantaget 1,4 procent som uppger att de i stor omfattning upplever sig vara utfrusna av sina arbetskamrater.

#### **I viss mån.**

Lokalvårdare	3,8
Dagbarnvårdare	5,8
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	4
Barnskötare	4,7
Lärare	3,9
Chefer	5,7

Det är Dagbarnvårdare och Chefer som i något högre omfattning upplever att de känner sig utfrusna av sina arbetskamrater.

Drygt 5 procent av de kvinnorna uppger att de upplever att det är så *i viss mån*.

#### **I liten omfattning. (Procent)**

Lokalvårdare	19,2
Dagbarnvårdare	10,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	16
Barnskötare	10,5
Lärare	10,3
Chefer	9,4

På frågan om man *i liten omfattning* känner man sig utfrusen av sina arbetskamrater, förekommer den uppfattningen i alla yrkesgrupper. Minst förekommer den bland Chefer (9,4 procent) och mest bland Lokalvårdare (19,2 procent).

## HAR DET SKETT/PÅGÅR FÖRÄNDRING, OMORGANISATION PÅ DIN ARBETSPLATS?

Tabell 47. Har det skett förändring/ omorganisation på din arbetsplats senaste året?

### YRKESFÖRDELAT

Lokalvårdare	61,5
Dagbarnvårdare	95,6
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	64
Barnskötare	77,5
Lärare	82
Chef	86,5

Det är 96,7 procent av kvinnorna som besvarat frågan. Det är 78,4 procent som uppger att det skett förändringar eller omorganisation på deras arbetsplatser under det senaste året.

När man studerar yrkesskillnader uppger i högre grad att det har skett förändringar, omorganisation bland Dagbarnvårdare. Det uppger nästa samtliga, 95,6 procent. I mindre omfattning, 61,5 procent uppger Lokalvårdare att det skett förändringar eller omorganisation i deras arbete det senaste året.

Hur bedömer Du att förändringar på arbetsplatsen det senaste året har påverkat dina arbetsförhållanden vad gäller nedanstående frågor?

Mellan 8,5 procent upp till 10,3 procent av de tillfrågade kvinnorna har i olika omfattning inte besvarat de nio frågorna nedan om hur man påverkats om förändringar har skett i deras arbete. Nedan redovisas var och en av dessa nio frågor om förändringar i arbetssituationen, dels hur den upplevs av hela yrkesgruppen och därefter redovisas den uppfattningen yrkesfördelad.

**Grad av förändring som anges:** Minskad, Oförändrad, Ökad.

1. Arbetsbelastning
2. Tidspress i arbetet
3. Arbetets svårighetsgrad
4. Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet
5. Stöd och uppbackning när Du behöver
6. Samarbetet på arbetsplatsen
7. Inflytande och kontroll över det egna arbetet
8. Anställningstrygghet
9. Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv

## ARBETSBELASTNING.

Tabell 48. Har arbetsbelastningen förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen** (Procent)

- **Minskad** 3,9
- **Oförändrad** 24,2
- **Ökad** 63
- **Bortfall** 8,9

Det är 63 procent av kvinnorna som arbetar i barnomsorgen som anser att arbetsorganisatoriska förändringar det senaste året har medfört att arbetsbelastningen ökat och i det närmaste fyra procent rapporterar att man anser att belastningen i arbetet har minskat det senaste året.

Tabell 49. Arbetsbelastning? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	13,6	45,5	40,9
Dagbarnvårdare	2,3	40,9	56,8
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	8,7	30,4	60,9
Barnskötare	4,9	21,4	73,7
Lärare	3,8	25,7	70,5
Chefer	1,9	15,1	83

Allra mest är det bland Chefer som man anser att arbetsbelastningen har ökat p.g.a. ändrade arbetsförhållanden de senaste året. Det rapporterar 83 procent av dem. Därefter följer Barnskötare och Lärare med drygt 70 procent. De flesta i samtliga yrkesgrupper menar att det p.g.a. att det har skett förändringar i arbetsorganisationen har detta lett till en ökad arbetsbelastning.

I något mindre omfattning, cirka 41 procent, anser Lokalvårdare att det är så. Det är i den yrkesgruppen som man i högre omfattning än i övriga yrkesgrupper, rapporterar att arbetsbelastningen har minskat. Det menar 13,6 procent av dem.

## TIDSPRESS I ARBETET.

Tabell 50. Är tidspressen i arbetet förändrad på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen** (Procent)

- **Minskad** 2,8
- **Oförändrad** 34,7
- **Ökad** 53,9
- **Bortfall** 8,5

Nästan 54 procent av kvinnorna rapporterar om ökad tidspress i deras arbete med anledning av förändringar senaste året i deras arbetsorganisation, medan nästan tre procent anser att den har minskat. Det är drygt åtta procent som inte har besvarat frågan.

Tabell 51. Tidspress i arbetet ? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	4,5	50	45,5
Dagbarnvårdare	3,8	62,4	33,8
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	6,4	46,2	51,1
Barnskötare	2	34,5	63,5
Lärare	4,1	31,6	64,4
Chefer	0	24,5	75,5

Allra mest anser yrkesgruppen Chefer att det på grund av arbetsorganisatoriska förändringar det senaste året har tidspressen i deras arbete ökat. Det uppger drygt 75 procent av dem. Det är inte någon av dem som rapporterar att den har minskat. För övrigt anser mellan 50 och 60 procent av kvinnorna i alla yrkesgrupper att tidspressen ökat.

I mindre omfattning rapporteras detta av Dagbarnvårdare. Där uppger endast drygt 33 procent att den har det. Det är yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde som i högre grad än övriga anser att tidspressen minskat. Det är 6,4 procent bland dem som uppger det.

## ARBETETS SVÅRIGHETSGRAD.

Tabell 52. Har arbetets svårighetsgrad förändrats på grund av omorganisation senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen** (Procent)

- **Minskad** 1,6
- **Oförändrad** 60,1
- **Ökad** 28,9
- **Bortfall** 9,4

Det är endast 1,6 procent av kvinnorna som rapporterar att arbetets svårighetsgrad har minskat. De flesta, cirka 60 procent, menar att den är oförändrad, medan i det närmaste 29 procent anser att den ökat med anledning av förändringar i arbetsorganisationen det senaste året. Det är drygt nio procent som inte besvarat frågan.

Tabell 53. Arbetets svårighetsgrad ? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	0	84,2	15,8
Dagbarnvårdare	0,8	75,8	23,5
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	2,2	80	17,8
Barnskötare	1,7	65,2	33
Lärare	2,5	66,3	31,3
Chefer	0	39,6	60,4

Det är framför allt i yrkesgrupperna Lokalvårdare, Dagbarnvårdare och Kokerska / Skolmåltidsbiträde som man rapporterar att arbetets svårighetsgrad är oförändrad, trots förändringar i arbetsorganisationen senaste året. I dessa yrkesgrupper är det mellan i det närmaste 76 procent till drygt 84 procent av dem som uppger det. Men även merparten Barnskötare och Lärare rapporterar detsamma.

Långt mer än dubbelt så många, än i de övriga yrkesgrupperna uppger Chefer, drygt 60 procent, att svårighetsgraden i deras arbete ökat det senaste året. Och att det beror på förändringar i arbetsorganisationen.

## MÖJLIGHETER ATT UTVECKLAS, LÄRA SIG NYTT I ARBETET.

Tabell 54. Har möjligheter att utvecklas och lära sig nytt i arbetet förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen** (Procent)

- **Minskad** 11,8
- **Oförändrad** 54,2
- **Ökad** 24,2
- **Bortfall** 9,7

Det är drygt 24 procent av kvinnorna som uppger att de p.g.a. förändringar i arbetsorganisationen senaste året har deras möjligheter ökat att utvecklas och lära sig nya saker i arbetet. Nästan tolv procent av kvinnorna uppger att de möjligheterna har minskat. Drygt hälften av kvinnorna rapporterar att utvecklingsmöjligheterna i arbetet är oförändrade.

Tabell 55. Möjligheter att utvecklas och lära sig nytt i arbetet? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	10	80	10
Dagbarnvårdare	8,4	70,2	21,4
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	6,7	77,8	15,6
Barnskötare	12,9	57,5	29,6
Lärare	17,4	58,7	24
Chefer	9,4	35,8	54,7

Det är framför allt Lärare och Barnskötare som uppger att möjligheten att utvecklas och lära sig nya saker i arbetet minskat efter förändringar i arbetsorganisationen senaste året. Drygt 17 och nästan 13 procent av dem anser att den minskat. Lägst, nästan sju procent, rapporterar kvinnorna i yrkesgruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde att den möjligheten minskat.

Allra mest rapporteras från Lokalvårdare att möjligheterna att utvecklas och lära sig nya saker i arbetet är oförändrade. Det uppger 80 procent av dem. Det är framför allt bland Chefer som man i något högre grad menar att den möjligheten har ökat i samband med arbetsorganisatoriska förändringar senaste året. Det uppger nästan 55 procent av dem. Att tolka svaren från så många av kvinnorna att möjligheterna att utvecklas och lära sig nya saker i arbetet är oförändrade, är svårtydd. Det kan innebära både en positiv och en negativ information. Antingen att man är nöjd med den utvecklingsmöjlighet som finns i arbetet eller att den aldrig funnits eller att den varit på en låg nivå. Den frågan bör kanske därför studeras ytterligare.

## FÅ STÖD OCH UPPTÄCKNING I ARBETET NÄR DU BEHÖVER?

Tabell 56. Får du stöd och upptäckning i ditt arbete när du behöver på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen**                      Procent

- **Minskad**                      14,3
- **Oförändrad**                63,7
- **Ökad**                         11,9
- **Bortfall**                    10,1

De flesta kvinnorna, nästan 64 procent anser att möjligheter att få stöd och upptäckning i arbetet när man behöver är oförändrad efter förändringarna i arbetsorganisationen senaste året.

Det är drygt 14 procent som anser att de möjligheterna har minskat.

Det är knappt tolv procent av barnomsorgspersonalen som anser att man kan få stöd och upptäckning i arbetet när det behövs har ökat. Det är cirka tio procent som ej besvarat frågan.

Tabell 57. Stöd och upptäckning när Du behöver? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrat</b>	<b>Ökat</b>
Lokalvårdare	10	85	5
Dagbarnvårdare	15,2	74,2	10,6
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	8,9	75,6	15,6
Barnskötare	11,6	74,9	13,6
Lärare	19,9	66,8	13,3
Chefer	33,3	49	17,6

Det är framför allt bland Chefer som man uppger att möjligheterna till upptäckning och stöd när de behöver sådan, den har minskat sedan förändringarna i arbetsorganisationen det senaste året. Mellan drygt tio till drygt 17 procent i övriga yrkesgrupper utom bland Lokalvårdare, menar att de möjligheterna har ökat. Endast fem procent av Lokalvårdare anser att det stödet har ökat. De flesta kvinnor bland Lokalavårdare, 80 procent, uppger att möjligheterna till stöd och upptäckning i arbetet är oförändrat. Kanske beroende på att de vanligen är ensamma i sin yrkesutövning på respektive arbetsplats, och kanske därför sällan upplever att de får ett sådant stöd?



## SAMARBETE PÅ ARBETSPLATSEN.

Tabell 58. Har samarbetet på arbetsplatsen förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen**                      Procent

- **Minskad**                      9,9
- **Oförändrad**                61,1
- **Ökad**                         18,8
- **Bortfall**                    10,2

Det är cirka tio procent av alla kvinnorna i yrkesgruppen som uppger att samarbetet minskat och lite drygt 61 procent att den är oförändrad. Nästan 19 procent rapporterar att samarbetet på arbetsplatsen ökat det senaste året, trots eller p.g.a. förändringar i arbetsorganisationen.

Tabell 59. Samarbete på arbetsplatsen? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	25	65	10
Dagbarnvårdare	5,4	73,8	20,8
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	6,7	80	13,3
Barnskötare	10,7	73	16,2
Lärare	12,9	62,3	24,8
Chefer	13,7	43,1	43,1

I större utsträckning än i de övriga yrkesgrupperna anser kvinnorna bland Lokalvårdare att samarbetet på arbetsplatsen har minskat senaste året med anledning av förändringar i arbetsorganisationen. Det anser 25 procent av dem.

Den yrkesgrupp som rapporterar mest om ökat samarbete är kvinnorna som ingår i gruppen Chefer. Där är det drygt 43 procent som uppger det.

De flesta kvinnorna, 80 procent, i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde rapporterar att de anser att samarbetet är oförändrat.

## INFLYTANDE OCH KONTROLL ÖVER DET EGNA ARBETET.

Tabell 60. Har inflytande och kontroll över det egna arbetet förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

Resultat från hela Yrkesgruppen                      Procent

- **Minskad**                      8,9
- **Oförändrad**                64
- **Ökad**                         17
- **Bortfall**                    10,1

I hela yrkesgruppen rapporterar 64 procent av kvinnorna att inflytande och kontroll över det egna arbetet är oförändrat trots arbetsorganisatoriska förändringar senaste året. Det är nästan nio procent av dem som uppger att det har minskat och 17 procent att inflytandet och kontrollen i arbetet har ökat. *Här borde en följdfråga ha funnits till dem som svarat att det är oförändrat. Nämligen om man upplevt tidigare att inflytandet och kontrollen över egna arbetet varit bra.*

Tabell 61. Inflytande och kontroll över det egna arbetet? Yrkesfördelad    (Procent)

	Minskad	Oförändrad	Ökad
Lokalvårdare	0	80	20
Dagbarnvårdare	11,4	72,7	15,9
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	4,4	75,6	20
Barnskötare	8,8	72,8	18,4
Lärare	10,6	71,3	18,1
Chefer	17,6	52,9	29,4

Det är inte någon av kvinnorna i gruppen Lokalvårdare som uppger att inflytandet och kontrollen över det egna arbetet skulle ha minskat, trots arbetsorganisatoriska förändringar senaste året. Däremot är det 20 procent som menar att det har ökat.

Allra mest, drygt 17 procent, är det i yrkesgruppen Chefer som man uppger att inflytande och kontroll har minskat. Men det är också i den gruppen som fler, drygt 29 procent rapporterar att inflytandet ökat.

Det är kvinnorna i gruppen Dagbarnvårdare som i mindre grad upplever att inflytandet och kontrollen i arbetet har ökat. Endast cirka 16 procent beskriver att den har det.

## ANSTÄLLNINGSTRYGGHET.

Tabell 62. Har anställningstryggheten förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen**      Procent

- **Minskad**                      12,6
- **Oförändrad**                68,1
- **Ökad**                            9
- **Bortfall**                      10,3

Svar saknas från drygt 100 kvinnor. Det är fler kvinnor i den totala yrkesgruppen som anser att anställningstryggheten minskat än de som rapporterar att den ökat.

Tabell 63. Anställningstrygghet? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrat</b>	<b>Ökat</b>
Lokalvårdare	15	85	0
Dagbarnvårdare	14,5	45	40,5
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	13,3	77,7	8,9
Barnskötare	17,2	79,1	3,8
Lärare	9,1	85,2	5,7
Chefer	28	72	0

Det är framför allt kvinnorna i gruppen Dagbarnvårdare som uppger att anställningstryggheten ökat senaste året. Det menar drygt 45 procent medan Chefer i högre utsträckning än övriga kvinnor anser att den minskat. Det är inte någon av dem liksom inte heller någon av kvinnorna bland Lokalvårdare som uppger att anställningstryggheten har ökat.

## MÖJLIGHET ATT FÖRENA YRKESARBETE OCH PRIVATLIV.

Tabell 64. Har möjligheterna att förena yrkesarbete med ditt privatliv förändrats på grund av förändringar i arbetsorganisationen senaste året?

**Resultat från hela Yrkesgruppen**      Procent

- **Minskad**                    16,4
- **Oförändrad**                69,9
- **Ökad**                         3,5
- **Bortfall**                    10,2

Tabell 65. Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv? Yrkesfördelad. (Procent)

	<b>Minskad</b>	<b>Oförändrad</b>	<b>Ökad</b>
Lokalvårdare	20	80	0
Dagbarnvårdare	10,8	83,1	6,2
Kokerska / Skolmåltidsbiträde	8,7	82,6	8,7
Barnskötare	17,1	79,2	3,8
Lärare	23,3	74,4	2,2
Chefer	21,6	75,2	5,9

Inte någon kvinna från gruppen Lokalvårdare anser att möjligheten att förena yrkesarbete och privatliv har ökat. Det är endast ett fåtal i alla yrkesgrupper som uppger det. Lärare och Chefer är de som i högre utsträckning rapporterar att dessa möjligheter minskat, det uppger 21,6 procent respektive 23,3 procent av dessa kvinnor.

## SJÄLVSKATTAD HÄLSA OCH ANDRA HÄLSOFRÅGOR ÅR 1997-1998

### *Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7) Hela yrkesgruppen år 1998*

År 1998 upprepas frågan till kvinnorna hur de vill skatta sin hälsa på en VAS-skala 1-7, där värde 1-3 betyder att den egna hälsan är god. Värde 5-7 innebär att man anser att hälsan är dålig och värdet 4 innebär att hälsan är mindre god. Nästan 59 procent av kvinnorna uppger att hälsan är god (SRH 1-3), drygt 23 procent att hälsan är dålig (SRH 5-7). Av kvinnorna skattar 18 procent värdet 4, vilket innebär att man försiktigtvis bör tolka att hälsan upplevs vara mindre god (SRH 4). Nedan en jämförelse av Självskattad Hälsa åren 1997 och 1998.

Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7)	ÅR 1997	ÅR 1998	Ökad/Minskad (+/-) Procent
• SRH 1-3 (God hälsa)	62,7	58,7	- 4
• SRH 4 (Mindre god hälsa)	24,9	23,3	- 1,6
• SRH 5-7 (Dålig hälsa)	12	18	+ 6

Vid en jämförelse av Självskattad Hälsa år 1997 (se sid. 18-19) och år 1998, ses att det föreligger försämring av hälsan år 1998. 1997 anser nästan 63 procent av kvinnorna att den egna hälsan är god (SRH 1-3) jämfört med år 1998 då mindre än 59 procent anser att den är god. Minst skillnad föreligger vid skattning SRH 4, då det är färre som skattar mindre god hälsa år 1999. Tydligast ses skillnad vid skattning av dålig hälsa (SRH 5-7), 12 procent år 1997, 18 procent år 1998. Det innebär att 4 procent färre kvinnor upplever sig ha en god hälsa och 6 procent fler kvinnor anser att deras hälsa är dålig, jämfört med mätningen år 1997.

### *Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7) Yrkesfördelad*

Färre kvinnor bland Lokalvårdare (47,7 procent), anser sig ha en god hälsa (SRH 1-3), därefter följer Kokerska / Skolmåltidsbiträde (48,9 procent). Fler Chefer (68,8 procent) anser att den egna hälsan är god. Dagbarnvårdare Lärare, Barnskötare och delar uppfattningen i nästan lika hög grad. Nästan 60 procent av dem anser sig ha en god hälsa (58,9, 58,8, och 57,6 procent). Fler kvinnor i gruppen Lokalvårdare (26,6 procent) än i övriga yrkesgrupper uppger att hälsan är dålig (SRH 5-7), därefter Chefer (22,2 procent). Bland Dagbarnvårdare (16,2 procent), Lärare (17,3 procent), Barnskötare (17,8 procent) och Kokerska / Skolmåltidsbiträde (18,7 procent) är det färre som anser att den egna hälsan är dålig. Det är fler kvinnor i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde (32,6 procent) som skattar sin hälsa SRH 4, vilket innebär att de anser att hälsan är mindre god.

### *Sömnstörningar*

Drygt 46 procent av kvinnorna uppger sig ha mer eller mindre uttalade sömnsvarigheter. Hos drygt 19 procent av dem har det varit ett påtagligt lidande och nästan 27 procent av dem uppger att dessa besvär medfört att man fungerat sämre. Sömnstörningen för dessa kvinnor varierade tidsmässigt. Drygt 22 procent uppger att besvären varat mer än sex månader, cirka 13 procent att de varat mer än ett år och slutligen 14 procent att de varat mer än två år. På frågan om man känner sig trött, svag eller utmattad är det drygt 18 procent av kvinnorna som rapporterar att de gör det en hel del /väldigt mycket.

Tabell 66. I vilken utsträckning har du mått bra senaste veckan? Hela Yrkesgruppen.

	Hela tiden	Hela tiden/ ofta (Procent)
1. Jag har känt mig lugn och avspänd	9,6	51,6
2. Jag har känt mig energisk, aktiv eller företagsam	8,1	51,7
3. När jag vaknat upp har jag känt mig pigg och utvilad	5,5	36,1
4. Pigg på att ta itu med dagens arbete eller fatta nya beslut	12,4	59,3

Av ovanstående svar kan tolkas att det hos en betydande grupp kvinnor finns de som ibland, av olika anledningar, inte mår bra. Framför allt är det inte många som hela tiden/ofta känner sig pigga och utvilade när de vaknar på morgonen. Trots allt, är det nästan 60 procent av kvinnorna som ändå upplever att de hela tiden/ofta är pigga på att ta itu med dagens arbete och fatta nya beslut.

## PSYKISK OHÄLSA ÅR 1997 och 1998

Förhållandevis lite forskning har gjorts kring sociala orsaker till uppkomst av psykisk ohälsa. De orsaker som oftast diskuterats är ogynnsamma uppväxtförhållanden och medfödd sårbarhet. Senare tids forskning visar att också förhållanden i vuxenlivet bidrar till besvär som depressioner och ångest. Svåra negativa livshändelser, t.ex svår sjukdom, oönskade skilsmässor, allvarliga sociala problem hos barnen ökar risken för depressioner liksom långvariga negativa livserfarenheter som påtagligt inskränker individens handlingsmöjligheter och leder till upplevelser av förödmjukelse. Man vet ännu idag mycket lite om samband mellan arbetsliv och psykisk ohälsa (Lundberg I. 2000).

Sverige saknar dessutom nyare undersökningar av psykisk hälsa på nationell basis. Men omkring 13-15 procent av befolkningen uppskattas vid ett givet tillfälle under ett år ha någon psykisk sjukdom eller störning, depression med en omfattning av 3-5 procent. Nästan en fjärdedel av kvinnorna och 15 procent av männen i åldrarna 16-84 år rapporterar ångslan, oro ångest eller sömnbesvär. Under 1990-talet har dessa besvär ökat i åldrarna upp till pensionsåldern. Största ökningen har skett i yngre åldrar, främst bland kvinnor. Ungefär varannan kvinna och var tredje man drabbas någon gång under livet av en depression som skulle behöva behandling. (Folkhälsorapporten år 2001; Kapitel 3:16-19)

## ARBETSLIV OCH PSYKISK HÄLSA

På uppdrag av Näringsdepartementet har Arbetslivsinstitutet genomfört en flerårig mångvetenskaplig undersökning inom tre huvudområden, arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö som nu presenterats i bokform, Arbetsliv och Hälsa 2000. I den föreligger bland annat en stor undersökning som beskriver arbetsmarknad, arbetsliv och psykisk ohälsa där Stockholms Läns Landsting 1994 sände ut en enkät till ett stort slumpmässigt

befolkningsurval, med frågor kring deras livsvillkor, bland annat arbetsvillkor och arbetsmarknadsdisposition. Enkäten (GHQ 12) innehåller bland annat frågor som kan identifiera i huvudsak lindrig psykisk ohälsa. De som besvarade enkäten 1994 erhöll samma frågor på nytt 1998 för att kunna följa utveckling av psykisk ohälsa hos en grupp. Det visade sig bland annat att ha en långvarig sjukdom ökade kraftigt risken för psykisk ohälsa 1998. Bland yrkesverksamma som svarade på enkät 1994 och 1998 visade det sig att det var åtta procent bland kvinnorna och sex procent bland männen som led av psykisk ohälsa vid båda dessa tillfällen. Det var fler, både kvinnor och män som vid den senaste undersökningen led av psykisk ohälsa. Av detta har man dragit slutsatsen att den psykiska ohälsan ökat i olika grupper i den befolkningen. Det var vanligare att den ökat i gruppen som gick från yrkesverksamhet till icke yrkesverksamhet från 1994 till 1998. Dessutom tycktes den psykiska ohälsan öka något mellan dessa åren, även hos de yrkesverksamma.

Nedan beskrivs i Arbetslivsinstitutes utredning *Arbetsliv och hälsa år 2000* (Lundberg I. 2000) hur man ser på uppkomst av arbetsvillkor och psykisk ohälsa. *”Ett vanligt sätt att beskriva stress i arbetet är genom kombinationer av krav, kontroll och socialt stöd. Man förutsätter att höga krav och låg kontroll är särskilt ogynnsamt i kombinationen, därför att man då inte kan balansera de höga kraven med de möjligheter att till exempel utveckla och förändra arbetsuppgifterna som ett stort inflytande ger. Ett svagt stöd i arbetet, särskilt i kombinationen med höga krav eller låg kontroll förutsätts också vara ogynnsamt eftersom det minskar till exempel möjligheterna att få råd och hjälp när kraven är höga.”*

I utredningen avsågs att med höga krav i arbetet innebar att det var så stressigt att man inte hann tänka på något annat stora delar av dagen och att det förekom motstridiga krav; med kontroll avsågs att inte kunna bestämma NÄR olika arbetsuppgifter skulle göras, att inte kunna lämna arbetet för privata ärenden och att inte lära sig något nytt och utvecklas i arbetet. Med socialt stöd ansågs att det inte var god sammanhållning på arbetet och att man inte kunde få råd och hjälp i arbetet om man behövde.

Det visade sig i deras undersökning att det fanns ett nära samband mellan grad av stress och grad av socialt stöd i arbetet och psykisk ohälsa. Det visade sig också att det fanns relativt starka samband mellan att vara utsatt för olika enskilda arbetsvillkor och psykisk ohälsa. Bristande socialt stöd, att vara utfrusen, att uppleva risk för arbetslöshet inom närmaste året, att vara arbetslös för närvarande skulle innebära starka riskfaktorer i båda könen. Höga krav i arbetet är också förenat med förhöjda risker hos både kvinnor och män. Bristande socialt stöd i arbetet var också starkt förenat med ökad förekomst av självmordstankar. De personer som vid båda tillfällena besvarat enkäterna svarade att arbetsbelastning, tidspressen, svårighetsgraden i arbetet och övertidsuttaget hade ökat både bland kvinnorna och männen.

Stöd och uppbackning liksom samarbetet på arbetsplatsen hade oftare ökat än minskat och anställningstryggheten, lönen i förhållande till arbetsinsatsen och möjligheterna att förena arbete och familj hade oftare minskat än ökat i båda könen. Undersökningen jämförde hur ofta lindrig psykisk ohälsa förekom bland de som upplever en förändring i den riktning som är vanligare enligt beskrivningen ovan med förekomsten bland dem vars arbetsvillkor var oförändrade eller gått i andra riktningen.

Det visade sig att de faktorer som starkast samvarierade med den psykiska ohälsan var tidspress, minskad anställningstrygghet, minskade möjligheter att förena arbete och privatliv. Ökat stöd och uppbackning i samband med förändringarna på arbetsplatsen samvarierade starkt med minskade tecken på psykisk ohälsa. Dessa faktorer var också associerade med

självordstankar på motsvarande sätt. Bland kvinnor och män ökade hög kontroll och gott socialt stöd chansen att den psykiska hälsan skulle förbättras.

Sammantaget pekade undersökningen på att framför allt höga krav och svagt socialt stöd i arbetet kan ha relativt stor betydelse för den vuxna befolkningens psykiska hälsa. Man beskriver också sambanden psykisk ohälsa och sjukskrivning. Risker att vara sjukskriven åtta dagar eller mer var förhöjd i båda könen bland de som led av psykisk ohälsa. Samtidigt framfördes påståendet att om arbetsvillkorens bidrag till den psykiska ohälsan som den visat sig i deras undersökning varit så pass stort som den antyder skulle arbetsrelaterad psykisk ohälsa kunna förklara en betydande del av sjukskrivningarna.

I den avslutande diskussionen sägs också att resultaten, baserade på material insamlade i Stockholm, inte finns tillgängliga i övriga riket och därför inte kan jämföras. De uppger dock att den anses kunna vara giltig för hela landet. Man uttalar dessutom att det är sannolikt att den psykiska hälsan skulle ha försämrats i den yrkesarbetande befolkningen och att förändringar i arbetsvillkoren under senaste året, som ökad tidspress (vilket drabbat närmare 50 procent i båda könen), att detta skulle kunna vara förenat med en ökad förekomst av psykisk ohälsa. Samtidigt pekar man avslutningsvis på behovet av ökade forskningsbehov kring arbetsmarknadens och arbetslivets effekter på den psykiska hälsan.

## PSYKISK OHÄLSA I MATERIALET HÄLSOSAM

**Kriterier:** För att finna kvinnor med depression i vår undersökning har vi inledningsvis använt diagnosverktygen DSM IV (1994) och ICD-10 (1992) för att avslutningsvis fastställa diagnosen med ett instrument Major Depression Inventory (MDI). För att uppnå kriteriet Egentlig Depression krävs en Cut-offgräns med 26 poäng, vilket erhållits från det frågebatteri som ingår i instrumentet. Samma instrument användes vid båda undersökningarna.

Sensitiviteten i instrumentets algoritm varierar mellan 0,86 och 0,92 och specificiteten varierar mellan 0,82 och 0,86. (Bech P. 2000).

## RESULTAT

I vårt material, Enkät 1.år 1997 i vilken 1031 kvinnor ingår, har vi hos 1023 kvinnor funnit att det är 29 kvinnor (2,8 procent) som uppfyller kriterierna för depression. Frånsett enstaka internt bortfall i frågeklustret gällande depression, saknas svar från åtta kvinnor i yrkesgruppen. Resultat från Enkät 2 år 1998, visar att av de 888 kvinnor som deltar, besvaras frågor om depression av 856 kvinnor, ett bortfall med 3,6 procent (vilket är avsevärt fler än för år 1997 där bortfallet endast är 0,8 procent). Vid det senaste mättillfället år 1998 ingår 27



kvinnor med depression (3,1 procent) en ökning med 0,3 procent jämfört med föregående undersökning. Det visar inte på någon stor ökning, men inte heller tecken på förbättrad psykisk hälsa bland kvinnorna

Vi har dessutom undersökt om det finns någon yrkesgrupp i Hälsosam som är särskilt drabbad? Förekommer psykisk ohälsa oftare bland de kvinnor som saknar fast anställning i barnomsorgen, de med timanställning /vikarieanställning? Kan Självskattad Hälsa SRH 5-7 vara en indikator på depression?

Tabell 67. nedan redovisar hur stor andel av kvinnorna som uppvisade tecken på depression i båda undersökningsmaterialen Enkät 1. år 1997 och Enkät 2. år 1998, yrkesfördelad.

Tabell 67. Fördelning av depression år 1997 och år 1998. Yrkesfördelad.(Procent)

Yrkesgrupp	Andel depression år 1997	år 1998
Lokalvårdare	3,7	0
Dagbarnvårdare	1,4	3,4
Kokerska/ Skolmåltidsbiträde	2	2,3
Barnskötare	3,4	3,3
Lärare	3,4	3,5
Chef	0	1,9

I undersökningen år 1997 är det fler kvinnor bland Lokalvårdare (3,7 procent), än i övriga yrkesgrupper som rapporterar om förekomst av depression. Däremot ingår inte någon kvinna från den yrkesgruppen följande mättillfälle år 1998. Vid mätningen år 1998 är förekomst av depression relativt jämnt fördelad i yrkesgrupperna Dagbarnvårdare, Barnskötare och Lärare, där drygt tre procent av dem rapporterar om depression. För två av yrkesgrupperna, Barnskötare och Lärare, är den fördelningen relativt konstant vid båda mättillfällena. Vid undersökningen år 1998 ökar depression både bland Chefer (från 0 till 1,9 procent) och Dagbarnvårdare. (från 1,4 -3,4 procent). Tydligast framstår depression för Barnskötare och Lärare.

#### *Har anställningsform någon betydelse för uppkomst av psykisk ohälsa?*

- En jämförelse av resultat i Enkät 1. år 1997 och Enkät 2. år 1998.

År 1997 där 1023 kvinnor besvarar frågorna om depression ingår 960 kvinnor (93,9 procent) med fast anställning och 62 kvinnor (6,1 procent) med annan form av anställning. Det är nio kvinnor som inte uppger någon anställningsform.

Vi fann två kvinnor med depression som ej är fast anställda av de 29 kvinnor som ingår i depressionsgruppen, vilket utgör 3,2 procent. Av 960 kvinnor med fast anställning är det 27 kvinnor med tecken på depression, vilket utgör 2,8 procent.

*Det innebär att det är 0,4 procent fler kvinnor av de som inte har en fast anställning som uppvisar tecken på depression, jämfört med kvinnor med en fast anställning vid mättillfället år 1997.*

Vid undersökningen år 1998 ingår 888 kvinnor, varav 43 (4,8 procent) av dem ej besvarar frågan om anställningsform. Där ses att av 845 kvinnor är 770 av dem med fast anställning (86,7 procent) och 75 kvinnor (13,3 procent) med annan anställningsform. Det innebär en ökning med 7,2 procent fler kvinnor i barnomsorgen som saknar en fast anställning, sedan mättillfället år 1997. Färre med fast anställning är Lokalvårdare (77,8 procent) och Barnskötare (88 procent)

*Vid jämförelse av psykisk ohälsa mellan kvinnor med fast anställning och kvinnor med annan form av anställning visar det sig år 1998 att depression förekommer i en omfattning av 1,3 procent hos gruppen kvinnor som saknar fast anställning och för de med fast anställning förekommer depression för 3,4 procent av kvinnorna. År 1998 är det således fler med depression (2,1 procent) bland kvinnor med fast anställning.*

### *Finns samband med depression och Självsfattad Hälsa 5-7 (SRH 5-7)?*

#### **Självsfattad Hälsa 1-7 (SRH1-7) år 1997**

Av 29 kvinnor med depression år 1997 visar det sig att 4 kvinnor uppger att deras hälsa är god (SRH 1-3). Det är elva kvinnor som rapporterar att deras hälsa är mindre god (SRH 4) och 14 kvinnor uppger att hälsan är dålig (SRH 5-7).

#### **Självsfattad Hälsa 1-7 (SRH1-7) år 1998**

För att ta reda på hur 27 kvinnor med depression år 1998 skattar sin hälsa ett år tidigare ses vid en efterundersökning att det är 13 av de kvinnorna som år 1997 uppger att den egna hälsan är god (SRH 1-3) och fyra kvinnor anser att hälsan är mindre god (SRH 4). Återstående tio kvinnor uppger att deras hälsa är dålig (SRH 5-7).

Den självskattade hälsan för de 27 kvinnor som år 1998 identifieras med depression fördelar sig enligt följande: Det är två kvinnor som uppger att deras hälsa är god (SRH 1-3), fem kvinnor anser att hälsan är mindre god (SRH 4) däremot anser 20 kvinnor att deras hälsa är dålig (SRH 5-7).

I undersökningen av depression år 1997 och år 1998 ingår två kvinnor med depression vid båda mättillfällena och vid dessa tillfällen skattar de sin hälsa mindre god (SRH 4).

Är det sannolikt att anta att instrumentet Självsfattad Hälsa 1-7 (SRH 1.7) skulle kunna användas som screeninginstrument av psykisk ohälsa till stora grupper?

## *Kan psykisk ohälsa i Hälsosam jämföras med resultat i Arbetsliv och Hälsa 2000?*

Resultat från undersökningen Arbetsliv och Hälsa år 2000 som beskrivits ovan, redovisar psykisk ohälsa hos kvinnorna med åtta procent för den undersökta gruppen. Dessutom hade den ökat bland kvinnorna från 10 –15 procent mellan de båda mättillfällena 1994 -1998.

Den andel av psykisk ohälsa som vi funnit bland kvinnorna i Hälsosam, fastställd som depression, där den uppgår till 2,8 procent år 1997 och 3,1 procent år 1998, är resultat som inte är jämförbara. Anledningen är att vi använt olika instrument för att mäta psykisk ohälsa. Sannolikt är instrumentet GHQ 12 (General Health Questionnaire) som användes i Arbetsliv och Hälsa år 2000, mer grovmaskigt, vilket kan bidra till en större andel sjuka, än det diagnosverktyg vi använde för att mäta psykisk ohälsa med diagnos depression (DSM IV och ICD-10 för att avslutningsvis fastställa diagnosen med ett instrument Major Depression Inventory). Enligt redovisning från Folhälsorapport år 2001, och som tidigare redovisats, beskrivs depressinsförekomst ligga mellan 3-5 procent.

Vad vi däremot konstaterar av resultat från de två undersökningarna, beträffande depression i Hälsosam, är att den psykiska hälsan inte har förbättrats mellan mätningarna. Det har skett en viss försämring av den psykiska hälsan bland yrkesverksamma kvinnor, också i Hälsosam. Även om denna försämringen ej är omfattande, är den inte oviktig att beakta. Dessutom konstateras i mätningar med instrumentet Självs kattad Hälsa (sid 79, 84) att vid mätningen år 1998 den självskattade hälsan har försämrats sedan tidigare undersökning år 1997.

## **SAMBAND MELLAN ARBETSVILLKOR OCH PSYKISK OHÄLSA**

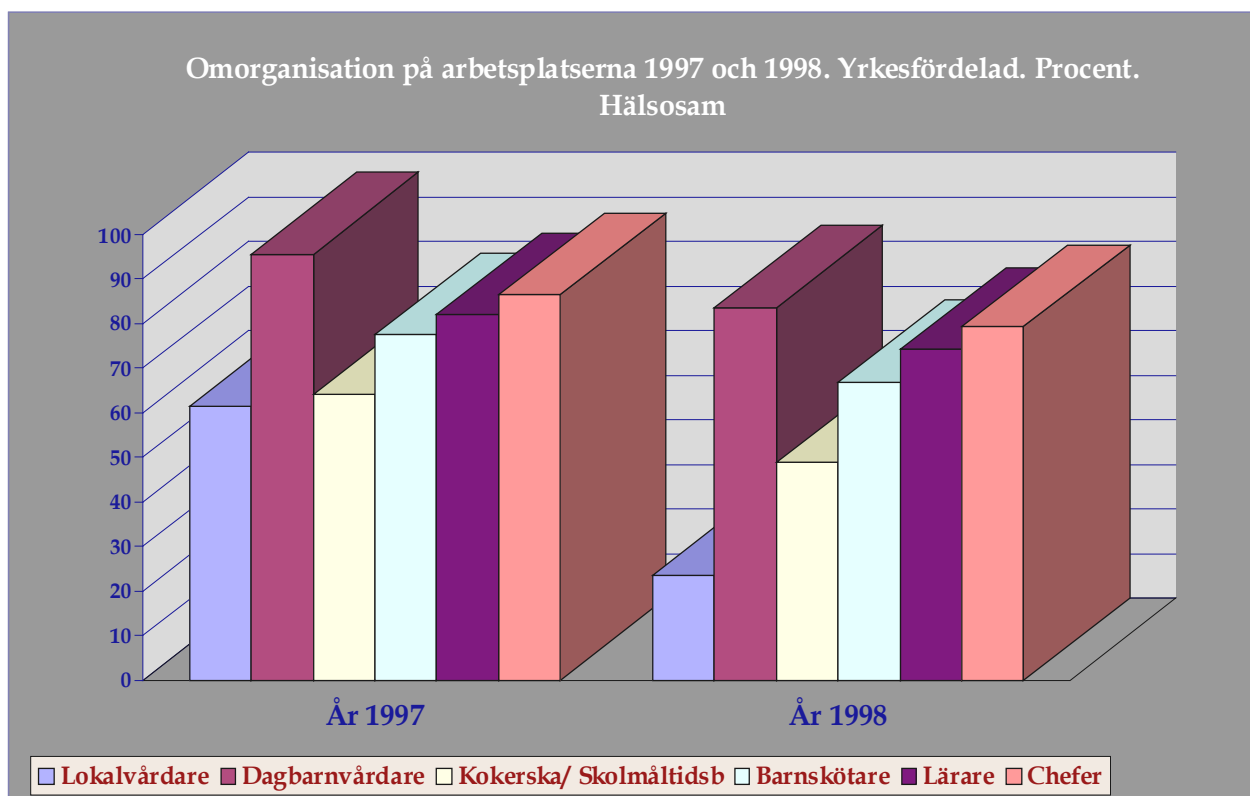
Det visar sig i den ovan refererade undersökningen att det finns relativt starka samband mellan att vara utsatt för olika enskilda arbetsvillkor och förekomst av psykisk ohälsa. Då flera av de redovisade arbetsvillkoren även ingår i frågeinstrumenten i Hälsosam, belyses dessa i nedanstående redovisning, samtidigt som den vill försöka klargöra betydelsen för uppkomst av psykisk ohälsa, som de beskrivs i Arbetsliv och Hälsa år 2000.

Vid båda mättillfällena år 1997 och 1998, efterfrågas om kvinnorna upplever att det skett förändringar och omorganisation på arbetsplatserna senaste tolv månader .De kvinnor som rapporterar om förändringar har vi därefter frågat vilken betydelse de har inneburit för dem. Några kvinnor har uppfattat dem positivt andra uppger att samma förändring har inneburit negativa upplevelser för dem.

Avsikten med frågorna har varit att belysa omfattningen, samt att om möjligt redogöra för betydelsen för kvinnorna som arbetar i barnomsorgen. Medför dessa förändringar goda eller dåliga utsikter på det hälsomässiga planet? Förväntas arbetsförändringarna bidra till en god psykisk hälsoutveckling? Vilket borde vara ett delmål i ett sådant förändringsarbete.

## HUR HAR FÖRÄNDRING /OMORGANISATION PÅ DIN ARBETSPLATS SENASTE TOLV MÅNADER PÅVERKAT DINA ARBETSFÖRHÅLLANDEN? (ÅR 1997 OCH 1998)

Det är 71,1 procent av kvinnorna i hela yrkesgruppen som uppger att det skett förändringar och omorganisation i deras arbete de senaste tolv månaderna. Några kvinnor upplever förändringarna positiva andra däremot uppger att det medfört negativa betingelser i deras dagliga arbete, i olika avseenden. Nedan i Figur 10. redovisas i vilken grad det skett omorganisation eller förändringar år 1997 och 1998 på kvinnornas arbetsplatser och i vilken omfattning detta skett i de olika yrkesgrupperna. Detta medför att vi redan här redovisar en del resultat från materialet i Enkät 2. År 1998.



Figur 10. Omorganisationen på arbetsplatserna år 1997 och år 1998. Yrkesfördelad (Procent).

Vid båda mättillfällena åren 1997 och 1998 är det många kvinnor som omfattas av förändrade arbetsvillkor på grund av omorganisation i barnomsorgens arbetsmiljö. År 1997 är det fler kvinnor bland Dagbarnvårdare (96,5 procent) som uppger sig vara drabbade. Därnäst följer Chefer (86,5 procent), Lärare (82 procent) och Barnskötare (77,5 procent). I något mindre omfattning än övriga yrkesgrupper rapporterar kvinnor som arbetar som Kokerska / Skolmåltsbiträde (48,8 procent) om sådana förändringar.

En liknande bild, men i mindre omfattning ses vid mätningen år 1998, att det för flertalet kvinnor även fortsättningsvis sker omorganisation eller förändringar på deras arbetsplatser. Liksom vid föregående mätning är det fler kvinnor från gruppen Dagbarnvårdare (83,5 procent) och Chefer (79,2 procent) som påtalar detta. Den yrkesgrupp som minst uppger någon omorganisation är kvinnorna bland Lokalvårdare (23,5 procent). I kommande redovisning beskrivs betydelsen av dessa förändrade arbetsvillkor (se tabell 68).

Tabell 68A.. Betydelse av förändrade arbetsvillkor år 1998. Hela yrkesgruppen.

Nedan redovisas i vilket avseende kvinnorna anser att förändringarna på arbetsplatsen påverkat deras arbetsförhållanden. Det är mellan 8,5 -10,3 procent av de tillfrågade kvinnorna som i olika omfattning inte har besvarat de nio nedanstående frågorna. Grad av förändring anges i procent. Redovisningen nedan avser resultat för undersökningen år 1998, från hela yrkesgruppen.

Arbetsförändring har medfört	Minskad	Ökad
1. Arbetsbelastning	6,9	55,2
2. Tidspress i arbetet	4,5	46,2
3. Arbetets svårighetsgrad	2,8	26,1
4. Möjlighet att utvecklas, lära nytt i arbetet	7,9	32,1
5. Stöd och uppbackning när Du behöver	12,4	15,1
6. Samarbetet på arbetsplatsen	11,4	21
7. Inflytande och kontroll över egna arbetet	6,3	16,8
8. Anställningstrygghet	5,3	11,5
9. Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	11,5	4,6

### Negativa förändringar på arbetsplatsen

Sedan senaste mättillfället år 1997 fram till mätningen år 1998 innebär att kvinnorna i barnomsorgen upplever att arbetsbelastningen har ökat. Det uppger drygt 55 procent av kvinnorna. De anser även att tidspressen (46,2 procent) och arbetets svårighetsgrad har ökat (26,1 procent). Dessutom är det fler kvinnor som anser att deras möjligheter att förena sitt yrkesarbete med privatlivet har minskat (11,5 procent) än de som anser att de möjligheterna har ökat (4,6 procent).

### Positiva förändringar på arbetsplatsen

Det är fler kvinnor som uppger att möjligheten att utvecklas och lära nytt i arbetet har del (32,1 procent). Vid en närmare undersökning av dessa möjligheter kan ses att det i huvudsak är rapporteringen från Chefer (51,9 procent) som drar upp resultaten. Övriga yrkesgrupper upplever i mindre omfattning möjligheter att utvecklas och lära nytt i sitt arbete. Framför allt gäller det för kvinnorna i yrkesgruppen Lokalvårdare (20 procent).

Att möjligheter att få stöd och uppbackning i arbetet när det behövs har i viss mån ökat anser en mindre grupp av kvinnorna (15,1 procent), medan däremot en i det närmaste lika stor grupp (12,4 procent) anser att den möjligheten i viss mån har minskat.

Det är fler kvinnor (21 procent) som uppger att samarbetet på arbetsplatsen har ökat, än de som menar att samarbetet har minskat (11,4 procent). Detsamma gäller för möjligheter till inflytande och kontroll över det egna arbetet. Det är fler kvinnor som uppger att den ökat (16,8 procent) än de som menar att den minskat (6,3 procent). En mindre grupp bland kvinnorna menar att anställningstryggheten har ökat (11,4 procent). Det är fler av kvinnorna bland Dagbarnvårdare (41,6 procent) än de bland Lokalvårdare (0 procent) som uppger det.

**Sammanfattningsvis** kan sägas att inte många kvinnor i barnomsorgen ger uttryck för att de ser positivt på de förändringar som skett av deras förändrade arbetsvillkor. Vilket sannolikt skall ses som ett resultat av en förändrad, slimmad arbetsorganisation under åren 1994 -1998.

## **OMFATTNING AV FÖRÄNDRADE ARBETSVILLKOR. Yrkesfördelat.**

Hur kvinnorna upplever hur förändrade arbetsvillkor på grund av omorganisering och förändring på arbetsplatserna påverkat dem senaste tolv månader, beskrivs yrkesfördelat under Tabell 73. sidorna 101-104. Där kan även skillnader mellan mättillfälle år 1997 och år 1998 studeras.

Refererande till undersökningen Arbetsliv och Hälsa år 2000 ( Lundberg I. 2000) där man redogör för flera av ovanstående arbetsmiljöfaktorer och deras *betydelse för psykisk hälsa* alternativt ohälsa, vill vi peka på några av dessa. Det är till exempel vanligt att man beskriver stress i arbetet som en kombination av *höga krav och låg kontroll samt dåligt socialt stöd i arbetet som särskilt ogynnsamt*. Ett svagt stöd, särskilt i kombination med höga krav och låg kontroll minskar möjligheten att få hjälp i sitt arbete om man behöver, - när kraven är höga.

### *Som exempel på höga krav i arbetet angavs*

- så stressigt att man inte kan tänka på något annat stora delar av dagen.
- och att det förekommer motstridiga krav i arbetet.

### *Som exempel på kontroll angavs*

- att inte kunna bestämma NÄR olika arbetsuppgifter skall göras.
- att inte kunna lämna arbetet för privata ärenden.
- att inte lära sig nytt och utvecklas i arbetet.

### *Som socialt stöd angavs*

- att inte kunna få råd och hjälp i sitt arbete om man behöver.

### *Nära samband med psykisk ohälsa*

- grad av stress och grad av socialt stöd i arbetet.

### *Relativt starka samband med psykisk ohälsa*

- Bristande socialt stöd.
- Att vara utfrusen.
- Uppleva risk för arbetslöshet inom närmaste året.
- Att vara arbetslös för närvarande.

### Starkast samvarierande med psykisk ohälsa

- att man har en ökad tidspress i arbetet, minskad anställningstrygghet och minskade möjligheter att förena arbetsliv och privatliv.

Det anses positivt om man har hög kontroll och gott stöd i sitt arbete, vilket ökar chansen att den psykiska hälsan skall förbättras. Ökat stöd och uppbackning i samband med förändringar på arbetsplatsen samvarierade starkt med minskade tecken till psykisk ohälsa liksom minskade associerade självmordstankar.

I tabell 68B nedan redovisas i procent, resultat från mätningen år 1998 yrkesfördelad, med de arbetsmiljöfaktorer som ovan beskrivits antas kunna ha starkast samband med psykisk ohälsa samt faktorer som anses vara skyddande och bidra till ökad chans att förbättra den psykiska hälsan: *Ökad tidspress, minskad anställningstrygghet, minskad möjlighet att förena arbetasliv med privatlivet samt minskat stöd och uppbackning när jag behöve i mitt arbete.*

Tabell 68B. Arbetsmiljöfaktorer som antas kan ha starka samband med psykisk ohälsa. Redovisat i procent, yrkesfördelad med resultat från mätning Enkät 2. år 1998

YRKESGRUPP	Procent ÖKAD TIDSPRES S	Procent MINSKAD ANSTÄLLNINGS TRYGGHET	Procent MINSKAD MÖJLIGHET FÖRENA ARBETE MED PRIVATLIV	Procent MINSKAT STÖD UPPBACKNING NÄR JAG BEHÖVER
Lokalvårdare	40	6,7	0	12,5
Dagbarnvårdare	42,1	6,2	11,3	10,5
Kokerska/ Skolmåltidsbitr.	40	0	5,1	2,6
Barnskötare	45,8	8,5	9,9	12,1
Lärare	46,6	2,2	13,7	16,1
Chefer	64,8	7,4	18,9	3,8

En försiktig tolkning bör ges ovanstående redovisning, som är ett försök att avspegla om möjligen specifika arbetsmiljöfaktorer kan antas medverka eller motverka som bidragande orsak till risk för psykisk ohälsa. Här ses att det för yrkesgruppen Lärare och Barnskötare möjligen kan innebära en större risk att drabbas, än för övriga yrkesgrupper. I redovisningen ses dessutom att en ökad risk även kan föreligga för yrkesgruppen Chefer. Kan deras redovisning om bättre socialt stöd och uppbackning vara en tillräckligt skyddande faktor?

Studeras därefter den tidigare redovisningen för depression, ses för båda mättillfällena år 1997 och 1998 en högre andel depression i yrkesgrupperna Lärare och Barnskötare, även om Dagbarnvårdare och Lokalvårdare också ingår där, men enbart vid ett av dessa mättillfällen (se Tabell 67. sid.83).

# HÄLSOSAM ÅR 1998

## INTERVENTION 2.

### INSATSER TILL RISKGRUPPER

- KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL  $\geq 4,5$
- KVINNOR MED BMI  $\geq 30$

### DAGBOKSFÖRD MOTION

INFORMATIONSMÖTEN OM MOTION	90
RESULTAT MOTIONSAKTIVITETER	91
REDOVISADE AKTIVITETER	92
MEDELVÄRDEN BMI	94
MEDELVÄRDEN LDL-KOLESTEROL	95



## **INTERVENTION 2. År 1998 (1 juli – 30 september)**

### ***DAGBOKSFÖRD MOTION***

Risken för hjärt-kärlsjukdom och diabetes anses vara förhöjd för personer med höga värden av LDL-kolesterol och /eller höga BMI-värden. Enligt modellen för projekt Hälsosam inbjöds alla kvinnor som uppvisat för höga LDL-kolesterol med värde på 4,5 eller högre, eller var överviktiga med BMI 30 eller högre, till informationsträffar om motionens betydelse för hälsan. Samtidigt ville vi efterfråga deras intresse att under tre månader föra dagbok över den motionen de genomförde. Avsikten med denna motionsperiod som dokumenterades var att vi ville ta reda på om man efter den perioden kunde mäta några förändringar av riskerna högt kolesterolvärde och övervikt.

#### ***Dagbok med motionsinformation***

I den dagbok man erhöll för genomförandet fanns angivet förslag till olika typer av aktiviteter samt mängden i tid eller längd som måste uppnås för att få notera sin motion. Här ett antal exempel på aktiviteter: Promenera minst 30 minuter, simma 500 meter, cykla 8 kilometer, jogga 3 kilometer. Dessutom fanns vattengymnastik, aerobics, work-out, step-up, dans, bollsport, styrketräning, trädgårdsarbete. Den tid som minst skulle uppfyllas för sistnämnda aktiviteter var 30 minuter. Dessutom ingick en punkt där man själv fick ange annan typ av aktivitet.

## **INFORMATIONSMÖTE OM MOTION ÅR 1998 (11 och 24 juni)**

Vi inbjöd de båda riskgrupperna, 136 kvinnor med BMI 30 och högre samt 48 kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre till informationsmöten om motionens betydelse för hälsan. Det var två friskvårdskonsulenter från Huddinge kommun och en företagssköterska från projektgruppen som deltog med informationen. Framför allt påtalades det positiva med lågenergimotion samt värdet av att motionera regelbundet. Det gavs också tid för deltagarna att ställa frågor och att sinsemellan utbyta erfarenheter. Därefter erhöles den dagbok som skulle användas för att dokumentera den motion man genomförde.

Det var 56 kvinnor som deltog i mötena, och femtio av dem anmälde sitt intresse att föra dagbok över motionen de genomförde under den förutbestämda perioden 1 juli -30 september år 1998. De informerades samtidigt att vi därefter skulle återkomma med erbjudande om förnyad hälsoundersökning (Modell Fältarbete år 1997), och att den skulle ske omedelbart efter avslutad motionsperiod under oktober -december år 1998. Alla mötesdeltagare erhöles en T-shirt med "Hälsosam i Huddinge" förtryckt på ryggen.

Tabell 69 A., 69 B. och Tabell 70. nedan redovisar resultaten av Dagboksförd Motion.

Tabell 69 A. RESULTAT DAGBOKSFÖRD MOTION

Nedan redovisas antal kvinnor som deltar och för dagbok över sin motion, i vilken riskgrupp de ingår, antalet dagböcker (1-3) som redovisas, antal tillfällen de motionerar varje månad (juli, augusti, september år 1998), samt ett medelvärde motionsaktivitet för varje riskgrupp och månad.

<b>BMI-GRUPP</b> Redovisar 3 dagböcker	<b>Antal aktiviteter</b> Juli	<b>Antal aktiviteter</b> Augusti	<b>Antal aktiviteter</b> September
1.	26	29	26
2.	22	20	12
3.	25	21	11
4.	12	16	11
5.	16	15	14
6.	16	16	13
7.	12	12	12
8.	14	7	3
9.	16	20	15
10.	13	14	15
11.	16	18	12
12.	20	18	19
13.	17	18	20
14.	13	10	10
15.	24	23	16
16.	3	9	8
17.	21	16	22
18.	12	9	7
<b>BMI-GRUPP</b> 18 kvinnor deltog	Medelvärde motion Juli = 16,5	Medelvärde motion Augusti = 16,2	Medelvärde motion September = 13,1
<b>LDL -GRUPP</b> Redovisar 3 dagböcker	<b>Antal aktiviteter</b> Juli	<b>Antal aktiviteter</b> Augusti	<b>Antal aktiviteter</b> September
1.	26	18	13
2.	29	29	29
3.	8	24	11
4.	26	17	18
5.	31	30	16
6.	26	23	27
7.	20	13	18
8.	16	13	3
9.	7	14	16
10.	14	17	13
11.	17	17	17
12.	12	13	13
<b>LDL -GRUPP</b> 12 kvinnor deltog	Medelvärde motion Juli = 19,3	Medelvärde motion Augusti = 19,0	Medelvärde motion September = 16,2
<b>LDL/ BMI-GRUPP</b> Redovisar 3 dagböcker	<b>Antal aktiviteter</b> Juli	<b>Antal aktiviteter</b> Augusti	<b>Antal aktiviteter</b> September
1.	16	12	12
<b>LDL / BMI -GRUPP</b> 1 kvinna deltog	Medelvärde motion Juli = 16,0	Medelvärde motion Augusti = 12,0	Medelvärde motion September = 12,0

<b>BMI – GRUPP</b> <b>Redovisar 2 dagböcker</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Juli</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Augusti</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>September</b>
1.	12	8	0
2.	20	11	0
3.	7	5	0
4.	11	9	0
BMI - GRUPP 4 kvinnor deltog	Medelvärde motion Juli = 12,5	Medelvärde motion Augusti = 8,2	Medelvärde motion September = 0
<b>LDL -GRUPP</b> <b>Redovisar 2 dagböcker</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Juli</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Augusti</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>September</b>
1.	18	0	4
LDL -GRUPP 1 kvinna deltog	Medelvärde motion Juli = 18,0	Medelvärde motion Augusti = 0	Medelvärde motion September = 14,0
<b>BMI – GRUPP</b> <b>Redovisar 1 dagbok</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Juli</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Augusti</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>September</b>
1.	0	16	0
2.	0	0	13
BMI -GRUPP 2 kvinnor deltog	Medelvärde motion Juli = 0	Medelvärde motion Augusti = 8,0	Medelvärde motion September = 6,5
<b>LDL -GRUPP</b> <b>Redovisar 1 dagbok</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Juli</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>Augusti</b>	<b>Antal aktiviteter</b> <b>September</b>
1.	10	0	0
2.	13	0	0
3.	23	0	0
4.	9	0	0
LDL-GRUPP 4 kvinnor deltog	Medelvärde motion Juli = 13,5	Medelvärde motion Augusti = 0	Medelvärde motion September = 0

## REDOVISADE AKTIVITETER EFTER DAGBOKSFÖRD MOTION

Det var totalt 42 kvinnor som deltog och förde dagbok över sina motionsaktiviteter under tre månader, 1 juli –30 september 1998. Från riskgruppen med BMI 30 eller högre, ingår 24 kvinnor och från gruppen med LDL-kolestereol 4,5 och högre, ingår 17 kvinnor. En av kvinnorna som deltog ingår i både BMI och LDL-kolesterolgruppen.

För att få fram mängden motion från de olika grupperna och deras noterade aktiviteter i dagböckerna har vi inledningsvis delat in gruppen efter antal månader man redovisade och lämnade in dagboken. Därefter räknat antal aktiviteter som var och en av kvinnorna har redovisat månadsvis, adderat den summan för varje månad, samt dividerat denna summa med antalet kvinnor i respektive riskgrupp. På det sättet uppstår ett medelvärde motionsaktivitet per månad för varje riskgrupp.

*Månadsvis genomförd motion antal dagar i veckan i respektive riskgrupp.*

Beräkningen har genomförts genom att vi adderat alla månaders medelvärden från varje riskgrupp med tre dagböcker, respektive gruppen med två och en dagbok. Därefter dividerades den uppkomna summan med antal månader i varje grupp. Därvid erhöles ett genomsnitt av antal dagar i månaden då kvinnorna utförde någon typ av motion.

### *Tre månaders motionsaktivitet*

Det är 31 kvinnorna som redovisar tre månaders motionsaktiviteter i sina dagböcker. Där ingår 18 kvinnor i gruppen med BMI 30 och högre, vilket betyder att de i genomsnitt motionerade drygt 15 dagar varje månad. Tolv kvinnor ingår i gruppen med LDL-kolesterol 4,5 och högre och de har tillsammans motionerat i genomsnitt 18 dagar varje månad. En av kvinnorna som ingår i båda riskgrupperna motionerade drygt 13 dagar varje månad.

### *Två månaders motionsaktivitet*

Gruppen som redovisar dagbok för två månader består av fem kvinnor, varav fyra av dem ingår i gruppen BMI 30 eller högre. I den riskgruppen har kvinnorna motionerat i genomsnitt 10 dagar i månaden medan en kvinna i gruppen med kolesterol 4,5 och högre motionerade 16 dagar.

### *En månads motionsaktivitet*

Slutligen den grupp som redovisat sina motionsaktiviteter under en månad, vilken består av sex kvinnor. Två kvinnor ingår i BMI-gruppen och de motionerade i genomsnitt drygt 14 dagar under den månaden. De fyra kvinnorna som ingår i LDL-gruppen har haft någon form av motionsaktivitet i genomsnitt under 13 dagar. Vilket skulle kunna innebära att man motionerat minst tre dagar i veckan under den perioden.

### *Art av motionsaktivitet*

Aktiviteter som redovisas mest är promenader, därefter trädgårdsarbete och skogspromenader med svamplockning. I stor utsträckning redovisas även cykla och simma. I praktiken förekom de flesta i dagboken uppräknade aktiviteterna (undantag step-up, aerobics och work-out), men inte i samma höga omfattning. Några uppger sig ha renoverat och målat om huset under sommarmånaderna.

Tabell 69 B. nedan redovisar skillnader i BMI-medelvärden för de 48 kvinnor som ingår i ovanstående riskgrupp som deltog under perioden för Dagboksförd Motion. Efterföljande Tabell 70. redovisar därefter medelvärden avseende LDL-kolesterol för samma riskgrupp.

Samtidigt bör här påpekas, att utöver inverkan av interventionsförsök 2 med Dagboksförd Motion, kan en bidragande orsak också vara den föregående perioden med Kostinformation under Fältarbetet (september- december 1997) då vi lämnade kort muntlig och en skriftlig information om kostens betydelse för hälsan. Dessutom lämnades samtidigt frågeformuläret Mat-Mätaren där kvinnorna inventerade sina matvanor avseende fiber och fett. Våra mätresultat avseende förändringar av BMI och LDL-kolesterol omfattar tiden efter dessa interventionsförsök, och genomfördes perioden oktober –december 1998

Tabell 69 B. BMI-medelvärden efter två interventionsförsök.

Interventionen riktas till två riskgrupper, 25 kvinnor med BMI  $\geq 30$  och 18 kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ . Perioderna för Intervention 1. Kostinformation (september-december 1997) samt Intervention 2. Dagboksförd Motion ( juli – september 1998). Mätvärden för år 1998 inhämtas oktober-december.

1. Kvinnor BMI $\geq 30$	BMI År 1997	BMI År 1998	2. Kvinnor LDL-kolesterol > 4,5	BMI ÅR 1997	BMI ÅR 1998
1	31,7	31,9	1	29,5	28,5
2	30,1	30,3	2	23,7	23,3
3	32	33,2	3	22,1	21
4	32,5	32,2	4	29,4	28,8
5	30,5	30,4	5	22,5	23,3
6	32,6	<b>28,8</b>	6	26,9	27,2
7	32,8	33,3	7	24,7	25,2
8	32,4	31,9	8	22,9	23,2
9	31,3	31,5	9	25,5	25,6
10	41,5	<b>28,2</b>	10	21,8	21,5
11	32,1	31,7	11	26,9	27,6
12	31,8	30,8	12	23,4	22,8
<b>13</b>	32,4	32,3	<b>13</b>	32,4	32,3
14	30,7	<b>29,4</b>	14	28,4	29
15	30,6	30,7	15	29,8	29,2
16	30,3	<b>29,1</b>	16	28,6	27,5
17	31,4	32	17	26,9	27,8
18	31,7	33,5	18	27,1	28,9
19	33,5	33,9	<b>Medelvärde BMI</b>	<b>26,3</b>	<b>26,3</b>
20	31,3	32	<b>Kolumn 2.</b> Av ovanstående 18 kvinnor med LDL-kolesterol $\geq 4,5$ som deltar i dagboksförd motion ingår också en kvinna med BMI $\geq 30$ (löp nr <b>13</b> ). Medelvärde BMI för hela denna grupp är opåverkat efter perioden med dagboksförd motion.		
21	31	<b>29,9</b>			
22	37,2	35,1			
23	33,2	30,1			
24	36,9	36,9			
25	33,8	33,5			
<b>Medelvärde BMI</b>	<b>32,6</b>	<b>31,7</b>			

**Kolumn 1.** Efter perioden med dagboksförd motion ingår inte längre fem av kvinnorna i gruppen BMI  $\geq 30$ , då de nu minskat i vikt (= fett). Dessutom har hela gruppens BMI-medelvärde sjunkit från BMI 32,6 till BMI 31,7.

**Kolumn 1 och 2.** I båda kolumnerna ingår en kvinna med två risker (löpnummer **13**) vilket påverkar resultaten i båda kolumnerna. Vid sammanslagning av BMI-medelvärden för båda riskgrupperna, kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och kvinnor med BMI  $\geq 30$ , är BMI-medelvärdet 29,95 år 1997, medan år 1998 BMI-medelvärdet sjunker något till BMI 29,42. (Vilket ej redovisas i tabellen ovan).

Interventionsförsök med Dagboksförd Motion samt den tidigare perioden med Kostinformation (september- december 1997) påverkar BMI- medelvärdet i något högre utsträckning riskgruppen kvinnor med BMI  $\geq 30$ , än kvinnorna i riskgruppen LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ . I den sistnämnda riskgruppen ingår 18 kvinnor, varav sex av dem med normalvikt, med BMI  $< 25$ . Vid båda mättillfällena deltar 43 kvinnor, vilket betyder att samtliga värden från båda riskgrupperna ingår i redovisningen.

Tabell 70. Medelvärden LDL-kolesterol för två riskgrupper (43 kvinnor) som deltar i två interventionsförsök.

1. Kostinformation (september–december år 1997). 2. Dagboksförd Motion (1 juli-30 september år 1998). 18 kvinnor ingår i riskgruppen med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och 25 kvinnor ingår i riskgruppen med BMI  $\geq 30$ . Mätresultat inhämtas efter respektive interventionsperiod år 1997 och år 1998.

---

**RISKGRUPP: 18 KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL  $\geq 4,5$**

1.	År 1997	År 1998
Medelvärde LDL-kolesterol	5,39	4,82
Antal mätvärden	18	18

---

**RISKGRUPP: 25 KVINNOR MED BMI  $\geq 30$**

2.	År 1997	År 1998	ÅR 1998 ( Jfr samma grupp från 1997)
Medelvärde LDL-kolesterol	3,32	3,26	3,32
Antal mätvärden	18	23	18

---

**RESULTAT FRÅN BÅDA RISKGRUPPERNA 43 KVINNOR**

3.	År 1997	År 1998
Medelvärde LDL-kolesterol	4,35	3,94
Antal mätvärden	36	41

---

Ovanstående redovisning av medelvärden LDL-kolesterol från två riskgrupper, ses när mätresultaten slås samman (Avdelning 3) en sänkning av medelvärdet LDL-kolesterol från 4,35 år 1997 till mätningen som sker efter två interventionsförsök år 1998 då medelvärdet LDL-kolesterol ligger på 3,94.

Tydligast ses en minskning av medelvärdet hos kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ . Från 5,39 vid mätningen år 1997 till 4,82 år 1998. Endast obetydlig minskning av medelvärdet LDL-kolesterol ses i gruppen kvinnor med övervikt, från 3,32 år 1997 till 3,26 år 1998.

Minst påverkas kolesterolmedelvärdet hos gruppen kvinnor med BMI  $\geq 30$ . Vilket är det omvända förhållandet som kan iaktas i tabell 69 B. Där sker den största påverkan på BMI-medelvärdet hos kvinnorna med övervikt efter två interventionsförsök.( Från BMI 32,6 – BMI 31,7) Ingen påverkan ses av BMI-medelvärdet hos riskgruppen med förhöjda LDL-kolesterol.

**FORTSATTA INSATSER TILL RISKGRUPPEN MED LDL-KOLESTEROL  $\geq 4,5$ .**

Efter den redovisade perioden ovan erbjuds alla kvinnor med förhöjda värden, LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , medikamentell behandling med statiner (Pravachol). Intervention 3. Totalt ingår nu 33 kvinnor med sådana kolesterolvärden. Här ingår även nio kvinnor från riskgruppen med BMI  $\geq 30$ . Samtliga kvinnor erhåller med ett brev, den 20 januari 1999, en förfrågan om de önskar delta. Effekten av denna tredje intervention redovisas under Del 4. Sid. 117- 125.

# HÄLSOSAM ÅR 1998

## OM – MÄTNING.

### INSATSER TILL RISKGRUPPER

- FÖRNYAD HÄLSOUNDERSÖKNING  
Modell Fältarbete ÅR 1997

### INSATSER TILL HELA POPULATIONEN

- ENKÄT 2. ÅR 1998
- MAT-MÄTAREN ÅR 1998.

INSATSTER RIKTADE TILL RISKGRUPPER	96
INSATSER TILL HELA POPULATIONEN	96
HÄLSOUNDERSÖKNING RISKGRUPPER	97
RESULTAT	98
RESULTAT ENKÄT 2. ÅR 1998	100
ARBETSMILJÖSKILLNADER ÅR 1997-1998	105
HÄNDELSER I PRIVATLIVET ÅR 1998	112
VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSER ÅR 1998	113
MAT-MÄTAREN ÅR 1997 OCH 1998	114

## OM-MÄTNING 1998 10 01 – 1998 12 15

Under perioden genomförs två aktiviteter.

### 1. Insatser riktade till kvinnor i två riskgrupper.

- Kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och högre
- Kvinnor med BMI  $\geq 30$  och högre

Riskgrupperna som tidigare informerats om kommande uppföljning med hälsoundersökning efter perioden för Dagboksförd Motion (1998 0701-1998 09 30), erhåller med brev en avtalad tid för denna. Undersökningen genomförs enligt modell Fältarbete år 1997 och dessutom en omfattande blodprovstagning.

De två riskgrupperna omfattar inledningsvis 184 kvinnor, av vilka 48 ingår i gruppen kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  samt 136 kvinnor i gruppen BMI  $\geq 30$ .

#### Bortfall

I bortfallet ingår sju kvinnor i riskgruppen med BMI  $\geq 30$  och två kvinnor i riskgruppen LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ . Bortfall: 4,9 procent.

### 2. Insatser riktade till samtliga kvinnor som deltagit i Fältarbete år 1997.

Alla kvinnor som ingår i Hälsosam år 1997 som fortfarande är anställda i barnomsorgen, Huddinge kommun år 1998, erhåller Enkät 2. Frågeformuläret innehåller samma frågor som i Enkät 1 år 1997. Dessutom ingår enkät Mat-Mätaren, Hälsomålets frågeenkät om fiber och fett i maten. Materialet postas till kvinnorna med ett brev som informerar om fortsatta insatser i projekt Hälsosam.

Det är 1162 enkäter som postas och de besvaras av 888 kvinnor.

#### Bortfall

Av 1162 kvinnor som deltar i undersökningen år 1997 och där 1031 kvinnor besvarar Enkät 1, är det 79 kvinnor som slutat sin anställning år 1998. Av återstående population, 1083 kvinnor, är det 195 kvinnor som ej besvarar Enkät 2.

Bortfall: 18 procent.

Antal kvinnor som erhåller garantipension under den aktuella perioden är okänt och ingår ej i ovanstående redovisning av bortfall. Dessutom kan i ovanstående bortfall med 195 kvinnor, även ingå de som slutat, de som studerar, är tjänslediga eller graviditetslediga. Det är i efterhand erfaren kunskap, varför en del redovisning av bortfall kan vara osäker.



## HÄLSOUNDERSÖKNING AV TVÅ RISKGRUPPER

Under perioden inbjuds sammanlagt 174 kvinnor från riskgrupperna till en förnyad hälsoundersökning. I gruppen kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  ingår 35 kvinnor, och 127 kvinnor från gruppen kvinnor med BMI  $\geq 30$ . Dessutom ingår 13 kvinnor med två risker, LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ .

**Kriterier att ingå:** - att kvinnorna efter undersökningen 1997 10 - 1998 03 uppvisar värden med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , eller under perioden för Fältarbete (1997 09 - 1997 10 26) uppvisar BMI  $\geq 30$ , eller att man under dessa mätperioder ingår med båda ovanstående risker.

Undersökningen genomförs som tidigare, ute på arbetsplatserna med samma metod som under Fältarbetet 1997. I undersökningen ingår mätning av kroppsmått, puls och blodtryck, frågor om Självsfattad Hälsa, aktuella mediciner, mängd motion per vecka samt frågor om rökning och alkohol. Kroppsmätningar som skall utföras liggande sker som tidigare på ett på arbetsplatsen befintligt arbetsbord, lämpligt för ändamålet.

### Riskgruppens deltagande i hälsoundersökningen (*Antal kvinnor år 1998, år 1997*)

	År 1998	(År 1997)
1. LDL-kolesterol $\geq 4,5$	34	(35)
2. LDL-Kolesterol $\geq 4,5$ /BMI $\geq 30$	11	(13)
3. BMI $\geq 30$	89	(136)
4. BMI $< 30$	16	

Totalt ingår 150 kvinnor från riskgrupperna i Om-Mätning år 1998.

### Riskgruppens deltagande i blodprovstagning (*Antal kvinnor*)

1. LDL-kolesterol $\geq 4,5$	31
2. LDL-Kolesterol $\geq 4,5$ /BMI $\geq 30$	13
3. BMI $\geq 30$	80
4. BMI $< 30$	12

Totalt deltar 137 kvinnor från riskgrupperna i blodprovstagningen år 1998.

### Enkät svar från riskgrupperna

1. LDL-kolesterol $\geq 4,5$	35
2. LDL-kolesterol $\geq 4,5$ /BMI $\geq 30$	12
3. BMI $\geq 30$	108

Totalt besvaras Enkät 2. av 155 kvinnor från ovanstående riskgrupper.

## RESULTAT

Det är flera kvinnor som berättar att de efter perioden för Fältarbetet får ”en kick” och då beslutar sig för att ändra sina kostvanor och börja öka sin motion. Andra berättar att de redan börjar förändringen när de får kännedom om undersökningen, då de erhåller brevet som informerar om kommande projekt Hälsosam.

Under perioden Om-Mätning år 1998 i samband med den nya hälsoundersökningen, uppvisar 16 kvinnor med tidigare övervikt, BMI  $\geq$  30, att de har minskat i vikt sedan första mätningen under Fältarbete år 1997. De kvinnorna ingår därför inte längre i denna riskgrupp.

Viktminskningen kan sannolikt vara resultat som uppnås efter Intervention 1. under Fältarbetet, med den korta muntliga och den skriftliga informationen om kost, som då lämnades till alla kvinnor. Möjligen bidrar även efterföljande Intervention 2. perioden för Dagboksförd Motion. Det är fyra kvinnor i den här gruppen som deltagit i den Dagboksförda Motionen. Nedan redovisas BMI- medelvärden för de 16 kvinnorna som beskrivs ha minskat i vikt, liksom deras medelvärde LDL-kolesterol för samma mätperioder.

- Medelvärde BMI år 1997: 30,87 (Antal mätvärden 16)
- Medelvärde BMI år 1998: 28,68 (Antal mätvärden 16)
  
- Medelvärde LDL-kolesterol år 1997: 2,89 (Antal mätvärden 8)
- Medelvärde LDL-kolesterol år 1998: 3,33 (Antal mätvärden 11)

Totalt deltar 150 kvinnor från de två riskgrupperna i hälsoundersökningen. Det är 137 kvinnor som genomför blodprovstagning och 155 kvinnor som besvarar Enkät 2. Nedan redovisas denna grupp BMI-medelvärden efter mätningen år 1998, indelade i sex riskklasser (se tabell 71 A.) samt deras medelvärden LDL-kolesterol år 1997 och 1998 (se tabell 71 B).

Tabell 71 A. Redovisning av riskgruppens BMI -medelvärden år 1998 indelade i sex riskklasser. Beskriver antal kvinnor i varje riskklass och med procent.

RISKKLASS	ANTAL	MEDELVÄRDE BMI	PROCENT
< 18,5	0	0	0
18,5 - 24,9	12	22,7	8
25 - 29,9	41	28	27,3
30 - 34,9	64	32	42,7
35 - 39,9	24	36,8	16,1
$\geq$ 40	9	42,1	6

Antal = 150

### **Medelvärden BMI**

- 150 kvinnor ingående i två riskgrupper = BMI 31,6
- 97 kvinnor (64,7 procent) med BMI  $\geq$  30 = BMI 34,1
- 53 kvinnor (35,3 procent) med BMI < 30 = BMI 26,8

Tabell 71.B. Medelvärden LDL-kolesterol år 1997 och 1998 från två riskgrupper. Redovisat med antal mätvärden och medelvärden i respektive riskgrupp vid två mättillfällen.

1. År 1997 Kvinnor med Totalkolesterol (Lipotrend)  $\geq 6,5$  och en grupp kvinnor med två risker, Totalkolesterol (Lipotrend)  $\geq 6,5$  och BMI  $\geq 30$ .

2. År 1998 kvinnor med LDL-Kolesterol  $\geq 4,5$  och en grupp kvinnor med två risker LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ .

Värden som redovisas i tabellen återger skillnader uppkomna efter interventionsförsöken: Intervention 1. Fältarbete med kostinformation år 1997, Intervention 2. Dagboksförd Motion år 1998, samt värden vid uppföljningen, Om-Mätning, oktober år 1998.

### MÄTNING ÅR 1997

RISKGRUPP	ANTAL MÄTVÄRDEN	MEDELVÄRDE
<b>1. KVINNOR MED TOTALKOLESTEROL (Lipotrend) <math>\geq 6,5</math></b>		
• Alla mätvärden LDL-kolesterol	36	4,99
• Mätvärden LDL-kolesterol $\geq 4,5$	29	5,34
<b>2. KVINNOR MED TOTALKOLESTEROL (Lipotrend) <math>\geq 6,5</math> + BMI <math>\geq 30</math></b>		
• Alla mätvärden LDL-kolesterol	12	4,89
• Mätvärden LDL-kolesterol $\geq 4,5$	9	4,83

### MÄTNING ÅR 1998

RISKGRUPP	ANTAL MÄTVÄRDEN	MEDELVÄRDE
<b>1. KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL <math>\geq 4,5</math></b>		
• Alla mätvärden LDL-kolesterol	29	4,97
• Mätvärden med LDL-kolesterol $\geq 4,5$	24	5,24
<b>2. KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL <math>\geq 4,5</math> + BMI <math>\geq 30</math></b>		
• Alla mätvärden LDL-kolesterol	13	4,45
• Mätvärden LDL-kolesterol $\geq 4,5$	10	4,91

Det är svårt att dra slutsatser av ovanstående mätresultat, om någon av riskgrupperna påverkat sina kolesterolvärden efter interventionsförsök 1. och 2. Antalet mätvärden i respektive riskgrupp skiljer sig markant, med fåtal värden ingående i gruppen kvinnor med två risker. För kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  har värdena kolesterol minskat efter de båda mätperioderna, medan gruppen kvinnor med två risker (LDL/BMI) marginellt har ökat sina värden. Det är 18 kvinnor från ovanstående riskgrupp, med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , som genomför Dagboksförd Motion. Här ingår även en kvinna från riskgruppen med två risker (LDL/BMI). Deras medelvärde LDL-kolesterol är före motionsperioden 5,39 och vid mättillfället oktober 1998, efter motionsperioden, är deras medelvärde LDL-kolesterol 4,82.

## RESULTAT ENKÄT 2. 1998

Yrkesfördelning av kvinnor anställda i barnomsorgen år 1998 som deltar i Fältarbete år 1997 och som besvarar Enkät 2. år 1998.

De olika yrkesgrupperna nedan är liksom i Enkät 1. år 1997, indelade i koder som bättre återspeglar arbetsskillnader som finns bland de kvinnor som arbetar i barnomsorgen, än de som kan avläsas i yrkesklassificeringen enligt SEI (Socioekonomisk indelning).

Tabell 72. Yrkesgrupper som besvarar Enkät 2. år 1998 och Enkät 1. år 1997

Redovisningen av yrkesgrupper ( KOD) och deras yrkestillhörighet. Antal kvinnor som ingår i respektive KOD samt yrkesgruppens storlek i procent år 1998. Under yrkeskoderna 33 och 36 ingår tillsammans åtta kvinnor. Liksom vid undersökningen år 1997 avstår vi att redovisa deras resultat yrkesfördelat. De ingår enbart i redovisningen från hela yrkesgruppen. Dessutom redovisas antal kvinnor från respektive yrkesgrupp som ingår i Enkät 1.år 1997.

KOD. YRKE.	Antal år 1998	Antal 1997	Procent år 1998
KOD 11. Lokalvårdare	19	27	2,1
KOD 12. Dagbarnvårdare	117	138	13,2
KOD 20. Kokerska / Skolmåltidsbiträde	44	50	5
KOD 22. Barnskötare	304	384	34,2
KOD 33. Elevassistent, Skolvärd	5	7	0,6
KOD 36. Personlig assistent	3	2	0,3
KOD 46. Förskollärare, Hemspråkstränare, Specialpedagog, Socialpedagog, Särskollärare. Fritidspedagog,	310	362	34,9
KOD 56. Förskolechef, Enhetschef, Daghemsföreståndare Barnomsorgsassistent, Utvecklingsledare.	54	53	6,1

I redovisningen för Enkät 2. år 1998 ingår totalt 888 kvinnor i ovanstående yrkesindelning. (År 1997 ingår 1031kvinnor).

Nedan redovisas Enkät 2. Framför allt frågor som kvinnorna besvarar om sin arbetsmiljö. Resultaten redovisas yrkesvis. I tabellen ingår inledningsvis en del personliga variabler: Självskattad Hälsa. Egen sjukdom /olycksfall. Om man blivit varslad eller uppsagd. Om någon man bor ihop med blivit arbetslös. Om man fått försämrad ekonomi. Redovisningen avser händelser senaste tolv månader. Samtidigt redovisas samma frågor med svar komna från Enkät 1. år 1997, (redovisas i parentes) för att jämföra förändringar/skillnader i kvinnornas arbetsmiljö eller i deras personliga liv. Värden anges i procent. (se tabell 73. Sida 101-104 ).

**Tabell 73. SKILLNADER I ARBETSMILJÖ OCH ARBETSVILLKOR FÖR  
KVINNOR ANSTÄLLDA I BARNOMSORGEN, HUDDINGE KOMMUN.**

**HÄLSOSAM 1997 och 1998**

Enkät 2. År 1998, (Enkät 1. År 1997)  
Yrkesfördelad samt procent. Resultat år 1997 redovisas i parentes.

	Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska/ Skolmålfridsbiträde	Barnskötare	Lärare	Chef
<b>BEROENDE PERSONLIGA VARIABLER</b>						
<i>Självskrattad hälsa (SHR) 1 - 7</i>						
1.a. SRH 1-3 = Jag anser att min hälsa är god.	47,4 (62,9)	57,6 (71)	48,9 (51)	58,9 (58,8)	58,8 (65,9)	68,6 (63)
1.b. SRH 4 = Jag anser att min hälsa är mindre god.	26,3 (25,9)	26,1 (22,5)	32,6 (26,5)	23,2 (26,6)	23,9 (24,7)	9,3 (19,2)
1.c. SRH 5-7 = Jag anser inte att min hälsa är god.	26,4 (11,1)	16,2 (6,5)	18,7 (22,4)	17,8 (14,6)	17,3 (9,5)	22,2 (15,4)
2. Egen sjukdom/olycksfall?	10,5 (8,3)	9,6 (9,7)	9,3 (13,3)	12,5 (11,8)	12,6 (15,3)	7 (6,3)
3. Blivit varslad eller uppsagd?	0 (0)	0,9 (0,7)	0 (2,1)	3,7 (6,6)	0 (1,8)	1,9 (6)
4. Någon du bor ihop med blivit arbetslös?	15,8 (16,7)	4,3 (6,6)	0 (6,4)	6,4 (10,4)	4,3 (7,2)	5,7 (8)
5. Fått försämrad ekonomi?	15,8 (37,5)	30,8 (23,3)	22,7 (14,9)	30 (26,3)	17,3 (23,7)	15,1(13,7)
<b>ARBETSMILJÖFRÅGOR</b>						
6. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater? <i>Ja, i hög grad</i>	38,9 (37)	44,4 (44,1)	25,6 (34,7)	32,7 (32,1)	30 (26,2)	42,6 (43,4)
7. Finns konflikt på din arbetsplats?	0 (12,5)	17,2 (26,9)	6,8 (10,6)	23,6 (21,9)	22,5 (25,7)	26,4 (21)
8 Har du bytt arbetsplats?	0 (12)	8 (0,76)	14,3 (11,9)	13 (14,3)	9,3 (20,6)	21,2 (6,1)
8a. <i>Negativ upplevelse av detta</i>	0 (66,6)	0 (0)	16,7 (0)	10,5 (32,9)	7,1 (18,6)	9,1 (0)
8b. <i>Positiv upplevelse av detta</i>	0 (33,3)	33,3 (100)	66,7 (80)	47,4 (56,5)	35,7 (72,9)	44,7 (100)
9. Har du fått minskat ansvar i arbetet?	5,6 (4)	0 (0)	2,4 (4,9)	8,5 (4,8)	3,1 (6,3)	6,3 (0)
9.a. <i>Negativ upplevelse av detta</i>	0 (0)	0 (0)	100 (0)	20,8 (20)	33,3 (11,1)	0 (0)
9.b. <i>Positiv upplevelse av detta</i>	14,3 (0)	0 (0)	0 (50)	16,7 (6,7)	22,2 (16,7)	33,3 (0)

	ARBETSMILJÖFRÅGOR						
	Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Skolmålfridsbiträde	Kökerska/	Barnskötare	Lärare	Chef
10. Har du fått ökat ansvar i arbetet?	14,3 (11,1)	27,2 (13,8)	42,1 (22)	29,7 (20)	31 (15,7)	59 (56,2)	
10.a. <i>Negativ upplevelse av detta</i>	0 (3,7)	10,7 (1,4)	0 (6)	2,5 (7,3)	4,7 (6,3)	3,8 (18,5)	
10.b. <i>Positiv upplevelse av detta</i>	50 (7,4)	17,9 (10,1)	18,8 (14)	18,5 (11,7)	11,6 (9,4)	19,2 (30,1)	
11. Övertidsarbete? <i>Aldrig övertid</i>	38,9 (70,4)	12,1 (19,7)	30,2 (24)	5,4 (5)	7 (7,6)	1,9 (0)	
11.a. <i>Ofra övertid</i>	5,6 (3,7)	19,8 (22)	11,6 (12)	13,5 (13,2)	14,9 (14,1)	48,1 (53,8)	
11.b. <i>Ej reglerad arbetstid</i>	0 (3,7)	0 (9,8)	1,7 (0)	0,7 (0)	0,7 (0)	3,7 (0)	
12. Arbetskraven överensstämmer med mina kunskaper och erfarenheter?	77,8 (80,8)	80 (79,5)	77,3 (83,7)	70,4 (66,9)	78,5 (71,3)	64,2 (57,7)	
12.a. Arbetskrav är <i>mycket högre</i> än mina kunskaper?	5,6 (3,8)	0,9 (1,5)	2,3 (2)	4,8 (3)	1 (2,3)	1,9 (9,6)	
12.b. Arbetskrav är <i>mycket lägre</i> än mina kunskaper?	0 (3,6)	9,6 (3)	11,4 (2)	3,1 (0,5)	6,6 (2,3)	7,5 (0)	
13. Arbetet kräver att jag måste arbeta mycket fort?	27,8 (37,5)	14 (16,4)	38,6 (40,8)	24,9 (28,3)	22,1 (23,2)	32,1 (32)	
14. Arbetet kräver att jag måste arbeta mycket hårt?	22,2 (26,9)	18,4 (14,3)	25,6 (38)	21,2 (21,2)	22,6 (24,1)	28,3 (39,2)	
15. Arbetet kräver en alltför stor arbetsinsats av mig?	25,3 (24)	18,8 (7,6)	14 (16,3)	23,5 (23,6)	20,1 (23,6)	30,2 (30,8)	
16. arbetsuppgifterna?	38,9 (40)	43,4 (47)	38,6 (37,5)	15,7 (10,8)	17,7 (14,9)	16,7 (7,5)	
16.a. <i>Nej, så gott som aldrig</i>	5,6 (4)	0,9 (2,2)	2,3 (8,3)	6,5 (7,5)	8,7 (8,6)	9,3 (11,3)	
17. <i>Före kommer motstridiga krav i arbetet?</i>	0 (0)	4,5 (3,8)	4,7 (6,3)	8,3 (8,2)	7,8 (14,7)	9,4 (7,5)	
18. Får du lära nya saker i ditt arbete?	16,7 (11,5)	19,1 (16,5)	18,2 (14,3)	24,1 (25,7)	29,1 (27,5)	47,2 (51,9)	
19. Kräver ditt arbete skicklighet?	38,9 (32)	50 (47,8)	54,5 (63,8)	60 (62,4)	76 (76,2)	80,8 (92,3)	
20. Kräver ditt arbete påhittighet?	17,6 (16)	83,6 (81,5)	75 (64)	84,1 (86,4)	90,4 (90,5)	82,7 (86,5)	
21. Kräver arbetet att du måste göra om samma saker om och om igen?	82,4 (96,2)	66,4 (68,2)	50 (59,2)	57,3 (60,9)	40,5 (49)	15,1 (15,4)	
22. Har du frihet att bestämma HUR arbetet skall utföras?	72,2 (73,1)	62,1 (70,6)	72,7 (62,5)	38,8 (41)	57 (57,9)	66 (65,4)	
23. Har du frihet att bestämma VAD som skall utföras i ditt arbete?	44,4 (51,9)	51,7 (54,8)	52,3 (42)	30,8 (31,1)	41,9 (46,6)	35,2 (49,1)	

<b>ARBETSMILJÖFRÅGOR</b>		Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska/ Skolmålfridsbiträde	Barnskötare	Lärare	Chef
24.	Får du uppskattning för dina arbetsinsatser? Av dina överordnade.	38,9 (38,9)	8,8 (11,4)	39 (42,9)	19,9 (22)	19,3 (21,5)	30,2 (31)
	<i>Ja i hög grad</i>						
24a.	Av dina arbetskamrater	29,4 (27,3)	26,3 (29,1)	28,6 (40,9)	26,7 (27,5)	21,2 (25)	18,9 (31)
	<i>Ja, i hög grad</i>						
24b.	Av barn och föräldrar	26,7 (22,2)	57,1 (61,9)	31,7 (36,6)	39,8 (33,8)	35,7 (36,8)	21,2 (30,2)
	<i>Ja, i hög grad</i>						
25.	Det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats? <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	33,4 (21,7)	18,6 (22,3)	38,6 (35,5)	35 (36,3)	31,7 (36,3)	19,2 (18)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
26.	Det är en god sammanhållning på min arbetsplats. <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	11,1 (4,5)	12,2 (14,9)	11,9 (18,8)	18,7 (17,4)	19,4 (19,1)	4 (5,7)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
27.	Mina arbetskamrater ställer upp för mig. <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	11,1 (11,5)	9,5 (5,9)	9,3 (19,6)	7,8 (5,9)	8 (7,5)	7,6 (14,1)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
28.	Mina arbetskamrater har förståelse för mig när jag har en dålig dag. <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	11,1 (0)	5,2 (9,6)	6,8 (12,5)	10,2 (7,2)	8,9 (9,1)	9,4 (10)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
29.	Jag kommer bra överens med mina överordnade. <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	0 (4,2)	9,6 (6,7)	11,9 (6,3)	9,6 (7,2)	7 (7,1)	11,3 (12)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
30.	Jag trivs bra med mina arbetskamrater. <i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>	0 (0)	6,9 (5,3)	4,6 (4)	7,9 (4,7)	6,3 (5,4)	3,8 (4,1)
	<i>Stämmer inte särskilt bra / inte alls</i>						
31.	Är du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete? <i>Våld eller hot om våld ett par gånger / år</i>	0 (3,8)	0 (10,9)	0 (10,2)	5 (11,6)	3,7 (12,6)	0 (3,8)
	<i>Våld eller hot om våld ett par gånger / år</i>						
32.	Känner du dig utfrusen av vissa chefer? <i>I stor omfattning</i>	0 (3,7)	0,9 (2,2)	0 (6)	1 (1,3)	0,7 (0,8)	5,7 (0)
	<i>I stor omfattning</i>						
32a.	<i>I viss mån</i>	5,6 (7,4)	5,2 (5,2)	6,8 (6)	5,7 (5,8)	4,3 (5,3)	1,9 (13,2)
	<i>I viss mån</i>						
32a.	<i>I liten omfattning</i>	27,8 (18,5)	8,7 (18,5)	13,6 (22)	12,1 (17,1)	13,2 (21,8)	3,8 (17)
	<i>I liten omfattning</i>						
	<b>Totalt</b>	33,4 (29,6)	14,8 (25,9)	20,4 (34)	18,8 (24,2)	18,2 (27,9)	11,5 (30,2)
33.	Känner du dig utfrusen av vissa arbetskamrater? <i>I stor omfattning</i>	0 (0)	0 (0)	0 (2)	1 (0,3)	0 (1,1)	1,9 (0)
	<i>I stor omfattning</i>						
33a.	<i>I viss mån</i>	0 (3,8)	4,3 (5,8)	2,3 (4)	5,8 (4,7)	5 (3,9)	1,9 (5,7)
	<i>I viss mån</i>						
33b.	<i>I liten omfattning</i>	27,8 (19,2)	9,6 (10,9)	6,8 (16)	9,2 (10,5)	10,3 (10,3)	9,4 (9,4)
	<i>I liten omfattning</i>						
	<b>Totalt</b>	27,8 (23)	13,9 (16,7)	9,1 (22)	16 (15,5)	15,3 (16,3)	13,2 (15,1)

<b>ARBETSMILJÖFRÅGOR</b>		Lokalvårdare	Dagbarnvårdare	Kokerska/ Skolmålfrågor	Barnskötare	Lärare	Chef
34.	Det har skett omorganisation på min arbetsplats	23,5 (61,5)	83,5 (95,6)	48,8 (64)	66,9 (77,5)	74,2 (82)	79,2 (86,5)
35.	Hur har detta påverkat dina arbetsförhållanden? <i>Jag har fått minskad arbetsbelastning</i>	0 (13,6)	7 (2,3)	7,5 (8,7)	4,6 (4,9)	9,1 (3,8)	11,1 (1,9)
35a.	<i>Jag har fått ökad arbetsbelastning.</i>	37,5 (40,9)	56,1 (56,8)	42,5 (60,9)	54,9 (73,7)	54,7 (70,5)	70,4 (83)
36.	Tidspressen i arbetet har minskat.	0 (4,5)	3,5 (3,8)	7,5 (6,4)	2,8 (2)	6,5 (4,1)	5,6 (0)
36a.	Tidspressen i arbetet har ökat.	40 (45,5)	42,1 (33,8)	40 (51,1)	45,8 (63,5)	46,6 (64,4)	64,8 (75,5)
37.	Arbetets svårighetsgrad har minskat.	0 (0)	0,9 (0,8)	12,8 (2,2)	1,8 (1,7)	2,2 (2,5)	9,4 (0)
37a.	Arbetets svårighetsgrad har ökat.	13,3 (15,8)	17,7 (23,5)	15,4 (17,8)	26,1 (33)	27,4 (31,3)	47,2 (60,4)
38.	Möjlighet att utvecklas o lära nytt i arbetet? <i>Har minskat</i>	0 (10)	5,4 (8,4)	5,1 (6,7)	7,8 (12,9)	9,8 (17,4)	7,4 (9,4)
38a	<i>Har ökat</i>	20 (10)	26,8 (21,4)	28,2 (15,6)	29,8 (29,6)	34,4 (24)	51,9 (54,7)
39.	Stöd och uppbackning när du behöver? <i>Har minskat</i>	12,5 (10)	10,5 (15,2)	2,6 (8,9)	12,1 (11,6)	16,1 (19,9)	3,8 (33,3)
39a.	<i>Har ökat</i>	12,5 (5)	14 (10,6)	23,7 (15,6)	15,4 (13,6)	12 (13,3)	26,4 (17,6)
40.	Samarbetet på arbetsplatsen? <i>Har minskat</i>	6,3 (25)	3,5 (5,4)	2,6 (6,7)	13,1 (10,7)	15,5 (12,9)	5,6 (13,7)
40a	<i>Har ökat</i>	25 (10)	18,4 (20,8)	25,6 (13,3)	14,1 (16,2)	24,2 (24,8)	44,4 (43,1)
41.	Inflytande och kontroll över det egna arbetet? <i>Har minskat</i>	6,7 (0)	15 (11,4)	0 (4,4)	4,9 (8,8)	6,5 (10,6)	13,2 (17,6)
41a.	<i>Har ökat</i>	20 (20)	8,8 (15,9)	20,5 (20)	14,1 (18,4)	17,7 (18,1)	28,3 (29,4)
42.	Anställningsstrygghet. <i>Har minskat</i>	6,7 (15)	6,2 (14,5)	0 (13,3)	8,5 (17,2)	2,2 (9,1)	7,4 (14)
42a.	<i>Har ökat</i>	0 (0)	41,6 (40,5)	20,5 (8,9)	5,3 (3,8)	6,5 (5,7)	3,7 (0)
43.	Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv? <i>Har minskat</i>	0 (20)	11,3 (10,8)	5,1 (8,7)	9,9 (17,1)	13,7 (23,3)	18,9 (21,6)
43a.	<i>Har ökat</i>	0 (0)	5,2 (6,2)	7,7 (8,7)	2,1 (3,8)	5,1 (2,2)	11,3 (5,9)



## ARBETSMILJÖSKILLNADER ÅR 1997-1998

Sammanställning av resultaten i tabell 73, är en redovisning som beskriver arbetsmiljön för en grupp kvinnor som arbetar i barnomsorgen i Huddinge kommun. Tabellen redovisar skillnader som kunnat observeras vid två mättillfällen, dels under mätperioden 1 september – 15 december år 1997 och därefter mätperioden 1 oktober-15 december år 1998 inhämtade från Enkät 1. år 1997, innehållande svar från 1031 kvinnor, Enkät 2. år 1998 med svar från 888 kvinnor. I tabellen redovisas resultat från respektive yrkesgrupp, hur kvinnorna uppfattar sin arbetsmiljö och om förändrade arbetsvillkor förekommer, och hur man upplever dessa förändringar. Vid båda mättillfällena efterfrågas om förändringar i arbetsorganisationen förekommit de senaste tolv månaderna.

Resultat från respektive yrkesgrupp anges i procent och resultat som inhämtades år 1997 anges i parentes. I samtliga frågor förekommer ett visst bortfall av svar, varierande från knappt fem upp till nästan åtta procent.

Nedan vill vi förtydliga tabell 73. med att lyfta fram förekommande skillnader i kvinnornas arbetsvillkor, en del positiva andra negativa. I huvudsak beskrivs här arbetsmiljöfrågor från undersökningen år 1998. Vid några tillfällen jämförs skillnader mellan år 1997 och 1998. Vi tror oss förstå att några läsare sannolikt uppmärksammar andra skillnader, kanske mer anmärkningsvärda än de förhållanden vi pekar på. Sannolikt beroende på att de besitter annan kunskap om kvinnornas arbetsmiljö, än den vi kunnat få fram och förstå, under den studerade perioden.

För att underlätta läsningen och följa redovisningen från tabell 73 har vi numrerat dem efter tabellens nummerordning. Redovisningen inleds med fråga 6-43, vilket är frågor som beskriver arbetsmiljön. Frågorna 1 a, b och c. i tabellen, som redovisar Självskattad Hälsa, återfinns under Del 1. Sid 79-80, där bland annat även frågor om psykisk ohälsa beskrivs.

### 6. Känner du stark samhörighet med dina arbetskamrater?

Det är 33,8 procent av alla kvinnor i yrkesgruppen som uppger att de i hög grad känner stark samhörighet med sina arbetskamrater. I viss mån, uppger 51,5 procent av kvinnorna att man gör det. I yrkesgruppen Dagbarnvårdare finns fler kvinnor (44,4 procent) som uppger att de i hög grad att de känner stark samhörighet med sina arbetskamrater. Därefter följer Chefer (42,6 procent). I mindre omfattning än övriga yrkesgrupper rapporterar Kokerska / Skolmåltidsbiträde (25,6 procent) att de gör det i hög grad, men några av dem (53,5 procent) att de gör det i viss mån.

### 7. Finns konflikter på din arbetsplats?

Det är 21,2 procent av kvinnorna i hela yrkesgruppen som anser att det finns konflikter i deras arbete. Det är fler kvinnor bland Chefer (26,4 procent) som rapporterar om det. Därefter följer Barnskötare (23,6 procent), Lärare (22,5 procent), Dagbarnvårdare (17,2 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (6,8 procent). Inte någon av kvinnorna i gruppen Lokalvårdare uppger att det förekommer konflikter i deras arbete.

### 8-11. Ansvar i arbetet och övertidsarbete?

Endast ett fåtal kvinnor i hela arbetsgruppen (4,8 procent) har påtalat att de fått minskat ansvar i sitt arbete och det är fler Barnskötare (8,5 procent) som rapporterar om det. I den gruppen har man upplevt arbetsförändringen olika. Det är drygt 25 procent av de kvinnorna som uppger att det var ganska positivt eller starkt positivt. Däremot upplever drygt 54 procent av dessa kvinnor samma händelse som ganska negativ eller starkt negativ. Några Chefer rapporterar att de upplever minskat ansvar i arbetet som positivt. Det är inte någon av de kvinnorna som rapporterar att det varit negativt.

De är fler kvinnor (32,1 procent) som år 1998 anser att de fått ökat ansvar i sitt arbete, vid jämförelse för mätningen år 1997. Den uppfattningen råder i alla yrkesgrupper. I något högre grad är det Chefer (59,1 procent) och Kokerska / Skolmåltidsbiträde (42,1 procent) som ger uttryck för detta. För den sistnämnda yrkesgruppen är det en skillnad med 20 procent fler kvinnor, än de som år 1997 rapporterar att de fått ökat ansvar i arbetet. En del kvinnor i arbetsgruppen Chefer (30,7 procent) uppger att de påverkas negativt av händelsen, andra däremot (66,7 procent) menar att det varit positivt. I mindre omfattning än övriga yrkesgrupper uppger kvinnorna bland Lokalvårdare (14,3 procent) att det fått ökat ansvar i sitt arbete.

Det är fler yrkesgrupper år 1998, Dagbarnvårdare, Barnskötare och Lärare än vid mätningen år 1997, som uppger att de inte har någon reglerad arbetstid. Det har nu också blivit vanligare att Lokalvårdare arbetar övertid jämfört med år 1997. Det är 30 procent fler kvinnor i den gruppen som uppger att det är så. Även om det endast är drygt 5 procent av dem som anser att det sker ofta. Det förekommer en stor andel övertidsarbete rapporterad från alla yrkesgrupper vid addering av värden hämtade från samtliga värdemarkörer: Övertid vid något tillfälle, någon gång per månad, ofta övertid, har ej reglerad arbetstid. Näst efter Chefer (98,1 procent) rapporteras övertidsarbete bland Barnskötare (94,7 procent), Lärare (93,1 procent), Dagbarnvårdare (87,9 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (69,7 procent) och Lokalvårdare (61,2 procent).

### 12. Överensstämmer arbetskraven med din yrkeskunskap och erfarenhet?

De flesta kvinnorna (74,7 procent) anser nu liksom vid föregående mätning att arbetskraven överensstämmer med deras yrkeskunskap och erfarenhet. Det är framför allt bland Chefer den uppfattningen skiljer sig mest, jämfört med övriga yrkesgrupper. Det är den grupp som minst anser att arbetskraven överensstämmer med deras yrkeskunskap (64,2 procent). I de övriga yrkesgrupperna råder uppfattningen i högre grad att arbetskraven stämmer med deras yrkeskunskap och färdighet, det anser Barnskötare (70,4 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (77,3 procent), Lokalvårdare (77,8 procent) och Lärare (78,5 procent) att de gör.

### 13-15. Kräver ditt arbete att du måste arbeta mycket fort och hårt?

Det är färre kvinnor som år 1998 anser att arbetet ofta kräver att de måste arbeta mycket fort (23,4 procent) och hårt (21,9 procent), än de som rapporterar om det år 1997. I högre omfattning än i övriga yrkesgrupper råder uppfattningen att kvinnorna i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde ofta måste arbeta mycket fort, det gäller vid båda våra undersökningar. År 1997 är det närmare 49 procent och år 1998 nästan 39 procent av dem som anser att deras arbete kräver det. Därnäst är det Chefer (32,1 procent) som också menar att de ofta måste arbeta mycket fort.

Uppfattningen att man ofta måste *arbeta mycket hårt* är relativt lika. Det är färre kvinnor bland Dagbarnvårdare (18,4 procent) som har den uppfattningen och flest kvinnor i yrkesgruppen Chefer (28,3 procent) som uppger att deras arbete kräver att de måste arbeta mycket hårt.

Drygt 21 procent av hela arbetsgruppen menar att arbetet ofta kräver *en alltför stor arbetsinsats* av dem. I något större utsträckning råder den uppfattningen bland Chefer (30,2 procent), därefter Lokalvårdare (23,5 procent) och Barnskötare (23,5 procent).

#### 16. Finns tillräckligt med tid att hinna med dina arbetsuppgifter?

Det är något fler kvinnor vid mättillfället år 1998, som anser att de har *tillräckligt med tid* att hinna med sina arbetsuppgifter. På frågan till hela yrkesgruppen anser 22,3 procent att de ofta har tillräckligt med tid. På frågan om de ibland har tillräckligt med tid för arbetsuppgifterna är det 37,3 procent som anser att de har det. Bäst med tid att ofta hinna med har kvinnorna bland Dagbarnvårdare (43,4 procent). Den skillnaden föreligger i båda våra mätningar (47,1 procent 1997). Den grupp som minst anser att de ofta har tillräckligt med tid att hinna med sina arbetsuppgifter är Barnskötare (15,7 procent).

#### 17. Förekommer motstridiga krav i ditt arbete?

Att det ofta förekommer *motstridiga krav* i arbetet uppger 7,2 procent av hela arbetsgruppen. Att det förekommer ibland det menar 48,2 procent av de kvinnorna. Det är vanligare att kvinnorna i gruppen Chefer (9,4 procent) och Barnskötare (8,3 procent) uppger att det ofta förekommer motstridiga krav i deras arbete. Det är inte någon kvinna i gruppen Lokalvårdare som rapporterar att det ofta förekommer. I övriga yrkesgrupper är det drygt 4 procent som anser att det ofta är så.

#### 18. Finns möjlighet att utvecklas och lära nya saker i ditt arbete?

Det är inte vanligt att kvinnorna i barnomsorgen upplever att de ofta får *lära sig nya saker* i sitt arbete. I hela yrkesgruppen är det 26,5 procent av kvinnorna som uppger att det händer ofta. Att det händer ibland, anser 59,8 procent av kvinnorna. Om man bortser från Chefer (47,2 procent) som uppger att de ofta får lära sig nya saker och utvecklas i sitt arbete, råder den uppfattningen i betydligt lägre omfattning bland de övriga yrkesgrupperna, Lokalvårdare (16,7 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (18,2 procent), Dagbarnvårdare (19,1 procent), Barnskötare (24,1 procent) och Lärare (29,1 procent). Det har dock skett en liten förbättring avseende detta i de flesta yrkesgrupperna, vilket kan ses vid mätningen år 1998. Tydligast märks skillnaden för Lokalvårdare, där rapporterar drygt fem procent fler i den yrkesgruppen att den möjligheten har ökat. Även vid mätningen år 1997 är det Lokalvårdare som i mindre grad rapporterade om utbildningsmöjligheter i arbetet (11,5 procent).

Om man undantar resultat från yrkesgruppen Chefer, skulle andelen uppfattning om möjligheter till utbildning och utveckling i arbetet sjunka och vara betydligt lägre än de 26,5 procent som redovisats ovan. Det kan ses av redovisade procenttal för yrkesgrupperna, att möjligheterna sannolikt minskar i förhållande till den förtjänst man erhåller för sitt arbete. Utbildning tycks utgöra en dold löneförmån.

### 19 -20. Kräver ditt arbete skicklighet och påhittighet?

I hela yrkesgruppen anser 65,1 procent av kvinnorna att deras arbete ofta kräver skicklighet. Det är 31,8 procent av kvinnorna som menar att det gör det ibland. Internt i yrkesgrupperna menar de flesta att det är så. I något mindre omfattning rapporterar Lokalvårdare (38,9 procent) att deras arbete ofta kräver skicklighet. Det är mer än 84 procent av hela yrkesgruppen som anser att arbetet ofta kräver påhittighet. Det uppfattningen råder i lika hög grad, i stort sett i samtliga yrkesgrupper. I mindre omfattning gäller den för kvinnorna bland Lokalvårdare (17,6 procent).

### 21. Måste du i ditt arbete göra om samma sak, om och om igen?

Det finns en tydlig skillnad mellan yrkesgrupperna på frågan om man måste göra om samma saker om och om igen i sitt arbete. Vid båda mättillfällena är det Lokalvårdare (82,4 procent år 1998) som i högre grad än övriga upplever att arbetet är repetitivt. Vid mätningen år 1998 kan man dock se en minskning av den uppfattningen bland Lokalvårdare, med åtta procent. Men även de övriga yrkesgrupperna uppger att de ofta upplever detsamma (50 procent). Minst rapporterar Chefer (15,1 procent) att deras arbete är repetitivt.

### 22-23. Kan du bestämma HUR och VAD som skall göras i ditt arbete?

Det är 52,7 procent av alla kvinnor i hela yrkesgruppen som menar att de ofta har frihet att bestämma HUR arbetet skall utföras. Det finns emellertid en markant skillnad mellan yrkesgrupperna i rapporteringen om man ofta har frihet att bestämma hur arbetet skall utföras. Det är färre kvinnor bland Barnskötare (38,8 procent) som anser att det sker ofta. Dessutom är det ännu färre bland dem år 1998, än vid mättillfället år 1997, som uppger att man ofta har den friheten (41 procent år 1997). I övriga yrkesgrupper är det betydligt fler kvinnor som anser sig ha en sådan frihet. Det är från 57 procent upp till drygt 72 procent av de kvinnorna som anser att de ofta har en sådan frihet.

Även när det gäller frågan om man ofta har frihet att bestämma VAD som skall utföras i arbetet är det gruppen Barnskötare (33,3 procent) som i mindre omfattning upplever att det ofta är så. De kvinnor som upplever den friheten bäst är Kokerska / Skolmåltidsbiträde (52,3 procent), därefter följer Dagbarnvårdare (51,7 procent), Lokalvårdare (44,4 procent), Lärare (41,9 procent) och Chefer (39,4 procent).

### 24. Får du uppskattning för dina arbetsinsatser?

Det är inte många kvinnor (20,2 procent) som ofta upplever att de ofta får uppskattning av sina överordnade i någon högre grad för sina arbetsinsatser. Framför allt uppger Dagbarnvårdare (8,8 procent), Lärare (19,3 procent) och Barnskötare (19,9 procent) att det är så. I större omfattning är det kvinnor i yrkesgrupperna Kokerska / Skolmåltidsbiträde (39 procent), Lokalvårdare (38,9 procent), och Chefer (30,2 procent) som upplever att de i hög grad får uppskattning för sina arbetsinsatser av överordnade. Ungefär samma förhållande råder vid första mätningen, år 1997.

Det är inte heller många kvinnor av hela yrkesgruppen (24,4 procent) som i hög grad upplever att de får uppskattning av sina arbetskamrater för sina arbetsinsatser. Lokalvårdare (29,4 procent) är den yrkesgrupp bland kvinnorna som bäst upplever sådan uppskattning. Minst uppskattade av sina arbetskamrater anser sig Chefer vara (18,9 procent).

Bäst upplevs uppskattning man får från föräldrar och barn för sina arbetsinsatser. I hela yrkesgruppen uppger 39,2 procent av kvinnorna att de i hög grad upplever det. Det är fler kvinnor bland Dagbarnvårdare (57,1 procent) som rapporterar om det. Därefter Barnskötare (39,8 procent), Lärare (35,7 procent), Kokerska / Skolmåltidsbiträde (31,7 procent), Lokalvårdare (26,7 procent) och Chefer (21,2 procent).

### 25. Är stämningen lugn och behaglig på din arbetsplats?

Det finns en grupp kvinnor i barnomsorgen (30,9 procent) som menar att påståendet; det är en lugn och behaglig stämning på deras arbetsplats stämmer inte särskilt bra, stämmer inte alls. Framför allt är det kvinnorna bland Barnskötare (38,6 procent) som inte anser att stämningen på deras arbetsplats är lugn och behaglig, i lika hög grad. Även Lokalvårdare (33,4 procent) och Lärare (31,7 procent) delar den uppfattningen. I mindre omfattning påtalas det från Chefer (19,2 procent). Den uppfattningen har dessutom ökat något över tid. Det betyder att det finns drygt 250 kvinnor som arbetar i kommunens skolor, förskolor och fritids och dessutom de barn som också vistas i den miljö som inte uppfattas som lugn och behaglig, av de som måste vistas där. En omständighet som i kan medverka till hälsorisker för både de anställda kvinnorna och barnen.

### 26-30. Är det en god sammanhållning och arbetssämja på arbetsplatsen?

På frågan om kvinnornas uppfattning om sammanhållningen är god på deras arbetsplatser svarar 22,2 procent att det stämmer helt och hållet och 16,5 att det stämmer inte särskilt bra/ det stämmer inte alls. Drygt 61 procent av kvinnorna menar att det stämmer ganska bra.

Det är Lärare (19,4 procent) och Barnskötare (18,7 procent) och som i högre grad än övriga yrkesgrupper, inte anser att sammanhållningen är särskilt god. (stämmer inte särskilt bra, stämmer inte alls). Det är fler Chefer som anser att sammanhållningen är god. Endast 4 procent av dem uppger att det inte stämmer särskilt bra, det stämmer inte alls.

De flesta kvinnor i yrkesgrupperna menar att det stämmer helt och hållet (35,7 procent) eller att det stämmer ganska bra (55,9 procent) att deras arbetskamrater ställer upp för dem. Det är mellan sju upp till nästan tolv procent i de olika yrkesgrupperna som inte delar uppfattningen att det stämmer.

De flesta kvinnorna menar att deras arbetskamrater också har förståelse för att man kan ha en dålig dag. Det stämmer helt och hållet menar 37,1 procent av alla kvinnorna. Det stämmer ganska bra uppger drygt 54 procent. De som minst anser att det stämmer är kvinnorna bland Lokalvårdare (11,1 procent) och Kokerska / Skolmåltidsbiträde (10,2 procent).

De flesta kvinnorna rapporterar också att de anser sig komma bra överens med sina överordnade. Att det stämmer helt och hållet uppger nästan 40 procent och att det stämmer ganska bra, det menar drygt 51 procent av kvinnorna. I något mindre uppfattning är det Kokerska / Skolmåltidsbiträde (11,9) och Chefer (11,3 procent) som inte anser att det stämmer särskilt bra eller stämmer inte alls.

Att man trivs med sina arbetskamrater uppger de allra flesta. Det är drygt 45 procent av kvinnorna som uppger att det stämmer helt och hållet och 48 procent som menar att det stämmer ganska bra. Lokalvårdare är den yrkesgrupp som i högre grad än övriga, ger uttryck för att de trivs med sina arbetskamrater.

### 31. Hot och våld på arbetsplatsen?

I frågan om man är utsatt för våld eller hot om våld i arbetet är det mest i grupperna Barnskötare (5 procent) och Lärare (3,7 procent) som man rapporterar att det förekommer hot och våld i deras arbetsmiljö. I tabell 73. redovisas mängden våld som de olika yrkesgrupperna anser att de utsätts för med "ett par gånger per år". Då rapporteringen om hot och våld i arbetet inte förekommer lika ofta i alla yrkesgrupper, har vi för att kunna presentera resultaten adderat alla svarsvariabler, där antal tillfällen kan besvaras med svarsalternativen: 1. Varje dag, 2. Ett par gånger i veckan, 3. En gång i veckan, 4. Ett par gånger i månaden, 5. Ett par gånger per år, 6. Mer sällan eller inte alls.

Inte någon yrkesgrupp uppger att det händer dagligen, inte heller att det händer ofta, möjligen någon gång om året. Inga kvinnor, utöver de som ingår bland Barnskötare och Lärare, svarar något annat än att det sker mer sällan eller inte alls. Barnskötare och Lärare däremot, uppger som nämnts ovan, i högre grad än övriga kvinnor och att de oftare är utsatta. Hur ofta det inträffar att de utsätts för våld eller hot om våld beskrivs av dem, allt ifrån svarsalternativen 2 till 6 ovan.

### 32-33. Förekommer mobbning på arbetsplatsen – Att bli utfrusen?

När det gäller frågan om man känner sig utfrusen av vissa av sina chefer ( t.ex. att de utesluter dig från information, hälsar inte, eller svarar inte på frågor) har det nu skett en förbättring i alla yrkesgrupper vid den senaste mätningen år 1998, utom för gruppen Chefer. Vid förfrågan om det är så stor omfattning är det nästan 6 procent av dem som anser det. Drygt 82 procent av kvinnorna i hela yrkesgruppen anser att det inte förekommer att man blir utfrusen av vissa chefer. Däremot är det 6 procent som anser att det förekommer (I stor utsträckning/I viss mån) och nästan 12 procent av kvinnorna uppger att det förekommer, men i liten omfattning I de olika yrkesgrupperna är uppfattningen tämligen lika sinsemellan. Mellan 5- nästan 8 procent uppger att det förekommer (I stor utsträckning/I viss mån) viss typ av mobbning på arbetsplatsen.

I stort sett samma uppfattning råder för frågan om man känner sig utfrusen av vissa av sina arbetskamrater. Majoriteten kvinnor (84,8 procent) upplever inte att det förekommer. I något högre omfattning än övriga yrkesgrupper är det Barnskötare (6,8 procent) som rapporterar att det förekommer ((I stor utsträckning/I viss mån). Det är inte någon av kvinnorna i gruppen Lokalvårdare som uppger detta. För de övriga yrkesgrupperna gäller uppfattningen att man upplever sig vara utfrusen av vissa arbetskamrater (I stor utsträckning/I viss mån) av drygt 2 upp till 5 procent

### 34-37. Har det skett omorganisation med ökad arbetsbelastning och tidspress?

Samtliga yrkesgrupper rapporterar att det skett omorganisation i deras arbetssituation senaste tolv månader. Det är Dagbarnvårdare (83,5 procent år 1998 och 95,6 procent år 1997) som i högre omfattning än övriga uppger det. I mycket mindre omfattning rapporterar kvinnorna bland Lokalvårdare (23,5 procent) att det skett omorganisation i deras arbete. I övriga yrkesgrupper uppger även Kokerska / Skolmåltidsbiträde (48,8 procent), Barnskötare (66,9 procent), Chefer (79,2 procent) och Lärare (74,2 procent) att det skett sådana förändringar. Drygt 56 procent av kvinnorna bland Dagbarnvårdare menar att detta innebär att de fått en ökad arbetsbelastning. Det är färre kvinnor som år 1998 (55,2 procent) rapporterar om ökad arbetsbelastning än de som gjorde det år 1997. Men resultat från den senaste undersökningen visar ändå på en hög andel ökad arbetsbelastning bland kvinnorna. Lägst är den rapporterad

bland kvinnor i yrkesgruppen Lokalvårdare (37,5 procent), närmast uppges den ha ökat med nästan 43 upp till 56 procent bland övriga yrkesgrupper, undantaget Chefer (70,4 procent) som är den yrkesgrupp som mest anser att deras arbetsbelastning har ökat.

Det är fler kvinnor som anser att tidspressen ökat än att den minskat, på grund av omorganisation i arbetet. I flertalet yrkesgrupper är det år 1997, mer än 50 upp till 70 procent som redovisar den uppfattningen. Framför allt bland Lärare (70 procent). Uppfattningen att tidspressen i arbetet har ökat är en fråga där alla yrkesgrupper år 1998 rapporterar i något mindre omfattning än vid mätningen år 1997. Men det är ändå mellan 40 upp till nästan 69 procent som upplever en ökad tidspress. Detta gäller alla yrkesgrupper, men i något högre omfattning gäller det för Chefer (i det närmaste 69 procent).

### ***37-38. Förändring av arbetets svårighetsgrad -möjlighet att utvecklas, lära sig nytt.?***

Arbetets svårighetsgrad har inte ökat bland yrkesgrupperna sedan vi frågade dem senast år 1997. Drygt 26 procent i hela yrkesgruppen anser år 1998 att svårighetsgraden i arbetet har ökat, medan nästan tre procent uppger att den minskat. I mindre omfattning uppger Lokalvårdare (13,3 procent) och i större omfattning rapporterar Chefer (47,2 procent år 1998 och 60,4 procent år 1997) om sådana förändringar.

I hela yrkesgruppen är det drygt 32 procent som uppger att deras möjligheter att utvecklas och lära sig nytt i sitt arbete har ökat. Däremot är det nästan 8 procent som anser att den möjligheten har minskat. Det är fler Lärare (9,8 procent) än i övriga yrkesgrupper som uppger att möjligheten minskat, och det är fler kvinnor bland Chefer (51,9 procent) än övriga yrkesgrupper som anser att den ökat. Bland Lokalvårdare (20,0 procent), Dagbarnvårdare (26,8 procent) Kokerska / Skolmåltidsbiträde (28,2 procent), Barnskötare (29,8 procent) och Lärare (34,4 procent) råder uppfattningen att den ökat i olika hög grad mellan yrkesgrupperna. I vilken grad anges här i parenteserna. Tidigare på annan plats i redovisningen, har kunnat konstateras, är att utbildningsmöjligheter man kan erhålla i sitt arbete, skiljer sig markant mellan yrkesgrupperna. Den mesta utbildningen läggs på alla Chefer. De som uppger sig få minst möjlighet till utveckling och utbildning är Lokalvårdare.

### ***39. Får du stöd och uppbackning när det behövs i ditt arbete?***

Det är något mer än 15 procent av alla kvinnor i yrkesgruppen som upplever att möjligheten ökat att få stöd och uppbackning i arbetet när sådan behövs. Medan drygt tolv procent menar att den möjligheten har minskat. Mest upplevs den ökningen bland Chefer (26,4 procent) och minst bland kvinnor som är Lärare (12 procent) och Lokalvårdare (12,5 procent). Mellan 14 – 15,4 procent av Dagbarnvårdare och Barnskötare upplever att möjligheten ökat för att få stöd och uppbackning när det behövs i deras arbete. Av kvinnorna som arbetar i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde är det nästan 24 procent som också anser det.

### ***40. Hur är samarbetet på arbetsplatsen?***

Det är 21 procent av alla kvinnor som anser att samarbetet på arbetsplatsen ökat. Medan drygt 11 procent anser att den minskat. Det är betydligt fler Chefer (44,4 procent) än i någon annan yrkesgrupp som anser att samarbetet på arbetsplatsen har ökat. I mindre omfattning än de övriga anser Barnskötare (14,1 procent) att den ökat. Närmast följer kvinnorna bland Dagbarnvårdare (18,4 procent). I större utsträckning än i övriga yrkesgrupper är de Lärare (15,5 procent) och Barnskötare (13,1 procent) som uppger att samarbetet minskat.

#### 41. Finns Inflytande och kontroll över det egna arbetet?

Att inflytande och kontroll över det egna arbetet ökat uppges från nästan 17 procent av kvinnorna medan drygt 6 procent anser att den möjligheten har minskat. I något högre grad är det bland Chefer (28,3 procent) man upplever en ökad kontroll, medan andra Chefer (13,2 procent) anser att den minskat. För övriga yrkesgrupper råder uppfattningen om ökad kontroll mellan 14-20 procent och att den minskat rapporterar cirka 5-7 procent av dem.

#### 42. Upplever du anställningstrygghet?

På frågan om anställningstrygghet är det drygt elva procent som anser att den ökat och drygt fem procent av kvinnorna anser att den minskat. Det är fler kvinnor bland Dagbarnvårdare (41,6 procent) som upplever en ökad anställningstrygghet än de övriga yrkesgrupperna. Inte någon av kvinnorna bland Lokalvårdare anser att det är så. Ingen Barnskötare uppger att anställningstryggheten minskat däremot är det drygt 20 procent av dem som anser att den ökat. Det är inte många ibland kvinnorna som är Lärare eller de i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde som varken anser att den ökat (cirka 6 procent) eller att den minskat (2,2-8,5 procent).

#### 43. Finns möjligheter att förena yrkesliv med privatlivet?

I hela yrkesgruppen är det 4,1 procent av kvinnorna som anser att möjligheten att förena yrkeslivet med sitt privatliv har ökat, medan däremot fler kvinnor, 11,5 procent anser att de möjligheterna har minskat. Kvinnor som arbetar med Lokalvård anser att den möjligheten varken ökat eller minskat. Bland Chefer (18,9 procent) och Lärare (13,7 procent) är det fler kvinnor som uppger att dessa möjligheter har minskat än bland kvinnorna i de övriga yrkesgrupperna.

## HÄNDELSER I KVINNORNAS PRIVATA LIV ÅR 1998.

Det finns många faktorer som bidrar till hälsa och ohälsa i kvinnors liv. För att kunna må bra måste det finnas en balans mellan arbetslivet och privatlivet. Det behöver finnas realistiska möjligheter att integrera olika perioder som normalt ingår i kvinnors liv, en balans i växlingen mellan arbetsliv, utbildning, barnafödande och privatlivet. Hon måste dessutom känna att livet innehåller chanser till egen utveckling.

För att kunna få en bättre förståelse och kunna värdera både riskfaktorer och friskfaktorer i vår hälsoundersökning av kvinnorna i barnomsorgen, anser vi det viktigt att även få kunskap om livet utanför deras arbetsmiljö. Därför ingår också en del frågor om deras privatliv i undersökningen. Nedan redovisas några av de frågor som ingår i Enkät 2. år 1998. Cirka åtta procent av kvinnorna besvarar ej dessa speciellt ömtåliga och privata frågor, om familj ekonomi, andra hemförhållanden och händelser i privatlivet.



## VIKTIGA LEVNADSHÄNDELSER

### *Skilsmässa*

I praktisk taget samtliga barnomsorgens yrkesgrupper förekommer skilsmässa under året (4,5 procent). För nästan 69 procent av kvinnorna innebär händelsen en negativ upplevelse, medan det för nästan 19 procent blir en positiv upplevelse.

### *Barnafödande, adoption*

Under året är det 26 kvinnor som föder eller adopterar barn.

### *Problem med barn*

Nästan två procent uppger att de har allvarliga problem med sina barn, och drygt 5 procent att de har allvarliga konflikter med något av sina barn. Det är drygt tre procent som har barn som är mobbade i skolan, och nästan fem procent av kvinnorna uppger att deras barn har blivit utsatta för brott. Tio av kvinnorna upplever att något av deras barn dör.

### *Andra personliga förluster*

Under året är det åtta kvinnor som förlorar sin make eller sambo på grund av att de avlider. Det är samtidigt drygt 150 kvinnor som förlorar en nära anhörig eller vän.

### *Misshandel eller utsatt för andra brott*

I alla yrkesgrupper finns kvinnor (1 procent) som blir slagna eller misshandlade och drygt fem procent uppger att de själva blivit utsatta för brott.

### *Ekonomiska och andra sociala problem*

Åtta kvinnor blir bostadslösa under året. Det är nästan 20 procent av kvinnorna som sannolikt inte skulle kunna skaffa fram 14 000 kronor på en vecka, om de skulle råka hamna i en oförutsedd situation. På frågan om det hänt att lönen tagit slut någon gång under de senaste 12 månaderna, och man därför varit tvungen att låna från släkt eller vänner för att klara matkontot och hyran, uppger nästan tio procent av kvinnorna att det hänt vid flera tillfällen och nästan åtta procent att det gjorts vid ett tillfälle.

Det är drygt 14 procent av kvinnorna som är vårdansvarig för någon långvarigt sjuk. Detta leder i sin tur till konflikter med deras familj eller vänner. Det menar drygt 14 procent av dessa kvinnor. Det är drygt åtta procent som inte har någon att vända sig till utöver de som de lever ihop med, om de kommer i svårigheter. Någon som de kan träffa och lita på så bra, och kan få verklig hjälp av, när de har det besvärligt.

Alla ovanstående påkänningar och svårigheter i privatlivet påverkar naturligtvis negativt den egna hälsan och möjligheterna att leva ett bra liv och att fungera bra på arbetet. Framför allt finns det forskning som pekar på att ha allvarliga problem med sina barn utgör en särskild hälsorisk för kvinnor.

## REDOVISNING AV MAT-MÄTAREN ÅR 1997 och 1998

### *Inledande förklaring*

Nedan redovisas resultat från Mat-Mätaren, insamlade vid två tillfällen år 1997 och 1998. De redovisas här tillsammans i stället för att redovisa dem var och en separat. Avsikten med den presentationen är för att se om någon effekt av Intervention I år 1997, Kostinformation kan spåras.

Mat-Mätaren innehåller frågor om människors matvanor. Den beskriver tallriks-modellen, och nyckelhåls-produkter. Den talar om varjedagsmat och sällanmat. Slutligen innehåller den ett frågeinstrument, där den enskilde kan ta reda på och besvara frågor om sina matvanor, vad gäller fiber och fett i maten. Den innehåller fem frågor om hur mycket fiber man vanligen får i sig med maten. Dessutom nio frågor om hur mycket i maten som innehåller fett och vilken typ av fett som ingår. Varje besvarad fråga kan poängsättas från 1-3 poäng. Beroende på vilka poäng man sedan uppnår kan man få reda på om man äter för mycket eller för litet eller väljer fel produkter i dessa avseenden. Låga poäng avseende fiber anger ett lågt och inte tillfredsställande kostintag. Låga poäng avseende fett anger att man har en onödigt hög andel av fettintag i sin kost.

Mat-Mätaren är utarbetad av Hälsomålet, Centrum för tillämpad näringslära. Institutionen arbetar för bra matvanor och drivs av Stockholms Läns Landsting.

Inför starten av Hälsosam kontaktade vi Hälsomålet för att rådgöra med dem om användandet av Mat-Mätaren. De menade då att frågeformuläret inte var tänkt att användas som ett vetenskapligt instrument. Men då vi ändå vet att det är frekvent använt i hela Stockholms län och välkänt där och då den population kvinnor som ingår i Hälsosam är representativ för den regionen, väljer vi ändå att använda det som ett instrument i vår undersökning.

Avsikten med Mat-Mätaren i vår undersökning är minst tvåfaldig. Dels skall den ingå i vår första intervention om kost, dels är den tänkt som ett instrument för att ta reda på något om kvinnornas matvanor. Avsikten är att jämföra hela populationen och därefter ta reda på om matvanorna skiljer sig för riskgruppen kvinnor.

Tanken med vårt interventionsförsök, att endast ge en kort, muntlig information om kostens betydelse för hälsan och därefter lämna ett verktyg till alla kvinnor (Mat-Mätaren, broschyren Bra mat för alla och Apotekets information om risker för hjärt-kärlsjukdom) så att de själva kan ta reda på hälsovinsterna med bra matvanor. Kan detta enkla förfaringssätt ge någon effekt?

Idén till detta är kunskap man har om vinsterna för rökstopp, som också kunnat påvisas vetenskapligt, bara genom den enkla uppmaningen från doktorn vid ett läkarbesök, där han uppmanar människor att sluta röka, och vinsten hälsomässigt, om man gör det. Detta har visat sig vara ett av de mest effektiva ”vapen” att få folk att sluta röka.

Den metoden står som modell i det första interventionsförsöket. Går det att se någon effekt efter denna intervention i vår kommande mätning år 1998, avseende hela populationen, avseende riskgrupperna? Är det några av kvinnorna som är överviktiga, med BMI  $\geq$  30 år 1997, som ett år senare ”kliver ur” den riskgruppen vid mätningen år 1998?

Skillnader för gruppen kvinnor som är överviktiga med BMI  $\geq$  30 år 1997 redovisas i materialet för Om-Mätning år 1998 (se sid. 96-113, DEL 3.)

Tabell 74. nedan redovisar förändringar i kvinnornas matvanor avseende fiber och fett.

**Bortfall** i detta material är omfattande. Anledningen kan vara bristfällig information till kvinnorna i samband med överlämnandet av Mat-Mätaren. Det är sannolikt många kvinnor som uppfattar den som ett personligt material. Några kanske anser den besvärlig att fylla i.

## RESULTAT

- **Antal kvinnor som besvarar Mat-Mätaren år 1997**  
722 kvinnor /Av 1162 kvinnor. Bortfall: 37,9 procent.

**Medelvärden:**  
FIBER 12,81.  
FETT 23,40

- **Antal kvinnor som besvarar Mat-Mätaren år 1998**  
640 kvinnor /Av 1083 kvinnor. Bortfall: 40,9 procent.

**Medelvärden:**  
FIBER 13,31  
FETT 23,97

Ovan ses en positiv ökning av medelvärden för både FIBER och FETT vid mätningen år 1998. Vilket visar att matvanorna hos del kvinnor förbättrats, möjligen beroende på den Kostintervention som inleddes år 1997 under Fältarbetet.

Tabell 74. visar en sammanställning av materialet i Mat-Mätaren år 1997 och 1998, där kvinnorna redogör för sina matvanor avseende FIBER och FETT. Med den tabellen avser vi att visa om Intervention 1 med kostinformation har givit någon effekt på hela gruppen kvinnors matvanor. Är det fler kvinnor som ökar sin konsumtion av fiber i maten? Är det fler kvinnor som förändrar och förbättrar sina matvanor när det gäller val av och mängd fettintag?

Tabell 74. Redovisning av Mat-Mätaren år 1997 och 1998 redogör för kvinnornas kostvanor avseende FIBER och FETT och skillnader vid två mättillfällen.

Resultaten är indelade i tre olika poänggrupper enligt modellen för Mat-Mätaren, och redovisas med antal kvinnor i varje poänggrupp, samt i procent. I de två första resultatcolumnerna i tabellen jämförs kvinnornas fiberkonsumtion år 1997 och 1998. I den andra resultatdelen redovisas kvinnornas fettkonsumtion år 1997 och 1998. Avslutningsvis redovisas uppkomna skillnader i procent.

<b>POÄNG-FIBER</b>					
	<b>1. ÅR 1997</b>		<b>2. ÅR 1998</b>		<b>Skillnad i procent +/-</b>
<b>Poäng. Grupp 1 - 3</b>	<b>Antal kvinnor</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal Kvinnor</b>	<b>Procent</b>	
<b>1. 16-18 poäng</b> Bra! Du äter mycket fiberrik mat	86	11,9	109	17	+ 5,1
<b>2. 12-15 poäng</b> Inte så illa!- men du äter ändå ganska lite fiber. Ät mer fiberrik mat!	437	60,5	387	60,5	+/-0
<b>3. 6-11 poäng</b> Du äter för lite fiber – men det kan du ändra på!	199	27,6	144	22,5	- 5,1
<b>POÄNG-FETT</b>					
	<b>1. ÅR 1997</b>		<b>2. ÅR 1998</b>		<b>Skillnad i procent +/-</b>
<b>Poäng. Grupp 1 – 3.</b>	<b>Antal kvinnor</b>	<b>Procent</b>	<b>Antal Kvinnor</b>	<b>Procent</b>	
<b>1. 25-30 poäng</b> Grattis! Med dina matvanor blir det lagom mycket fett.	274	37,9	283	44,2	+ 6,3
<b>2. 17-24 poäng</b> Inte så illa – men du äter ändå mycket fett, och du kan förbättra dina matvanor ytterligare	436	60,4	350	54,7	- 5,7
<b>3. 10-16 poäng</b> Du äter nog för mycket fett – men det kan du ändra på!	12	1,7	7	1,1	- 0,6
<b>Summa: Personer och Procent</b>	<b>722</b>	<b>100</b>	<b>640</b>	<b>100</b>	

En förändring till det bättre ses avseende kvinnornas matvanor när det gäller fiber och fettkonsumtion efter interventionsperioden år 1997 – 1998. Avseende FIBER Grupp 1 (16-18 poäng), som är den grupp som poängmässig skall ses som målvärde och mest eftersträvsvärda, där ingår en ökning med 5,1 procent, av de kvinnor som besvarar Mat-Mätaren, som förbättrar sin fiberkonsumtion och ingår i den mest önskvärda gruppen. För Grupp 2. ses ingen skillnad. För Grupp 3. ses däremot att det nu är färre kvinnor som äter alltför lite fiber, en skillnade med 5,1 procent.

Även avseende FETT i kosten ses en förbättring år 1998. Här är det nu 6,3 procent fler kvinnor som ingår i Grupp 1. som är den önskvärda poänggruppen. I Grupp 2. ingår 5,7 procent färre kvinnor år 1998. Endast ett fåtal kvinnor ingår i Grupp 3, med alltför hög fettkonsumtion, både vid första undersökningen år 1997, och den som genomförs år 1998, en skillnad med 0,6 procent.

Utöver Kostinterventionen med Mat-Mätaren kan en bidragande orsak till resultaten ovan vara Intervention 2. Dagboksförd Motion, som vänder sig till två riskgrupper, kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och kvinnor med BMI  $\geq 30$  som genomförs under juli-september år 1998, tre månader före utsändandet av Mat-Mätaren nummer 2 (se sid 90-95, DEL 2.).

# HÄLSOSAM ÅR 1999 - 2001

## INTERVENTION 3.

### INSATSER TILL RISKGRUPPEN

- KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL  $\geq 4,5$   
Medikamentell behandling med Pravachol (Pravastatin)

FAKTA KOLESTEROL	117
FORSKNING OM KOLESTEROL	117
UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING	119
INTERVENTION 2. DAGBOKSFÖRD MOTION	120
INTERVENTION 3. MEDIKAMENTELL TERAPI ÅR 1999	121
INTERVENTION 4. UTBILDNING	122
LÄKARUNDERSÖKNING ÅR 2000	123
PRAVACHOLENKÄT	124
LDL-KOLESTEROL ÅR 2001	124
MEDELVÄRDEN LDL-KOLESTEROL –ÖVERSIKT	125

## **INTERVENTION 3. År 1999 - 2001.**

### *MEDIKAMENTELL BEHANDLING MED PRAVACHOL (pravastatin)*

*RIKTAD TILL KVINNOR MED LDL-KOLESTEROL  $\geq 4,5$*

#### *FAKTA / Kolesterol*

En av de största riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar är förhöjda fettvärden i blodet. Ett av fetterna är kolesterol, som brukar delas in i två grupper. Det ena LDL, brukar kallas det onda eftersom det är mest benäget att orsaka förkalkning i kärlen. Det andra HDL, kallas det goda, eftersom det medverkar i nedbrytningen av det onda kolesterolet. Studier på svenska hjärtinfarktspatienter som var under 65 år har visat att 90 procent hade förhöjda kolesterolvärden. Andra riskfaktorer är diabetes, rökning, övervikt, högt blodtryck, och stillasittande.

#### *Läkemedelsbehandling mot höga kolesterolhalter*

När insatser med prevention för att sänka människors höga kolesterolvärden med hjälp av livsstilsmodifierade förändringar, där kost- motionsförändring, rökstopp och bruket av alkohol är frågor som är viktiga att inventera. När detta inte ger några resultat eller ses som otillräckliga, rekommenderas riskpersoner medicinsk behandling för sänkande av totalkolesterol eller LDL-kolesterol. På marknaden finns idag flera olika läkemedel för att sänka dessa värden. I projekt Hälsosam valdes Pravachol, (pravastatin, det verksamma ämnet) som är en av fler i en relativt ny grupp av kolesterolsänkande läkemedel (statin).

#### *Forskning om kolesterolsänkande läkemedel*

Läkemedelsverket uppger i sin behandlingsrekommendation för behandling av individer med förhöjda kolesterolvärden att ” Mycket ny information om behandling av hyperlipidemi har tillkommit sedan de två senast publicerade rekommendationerna (1999 09 15, reviderad 2001 11 22). Bland annat senaste års dokumentation om statiners effekt vid sekundär- och primärprevention.” (förebyggande åtgärder av olika grad).

#### **Målgrupper för undersökning**

I rekommendationen anges ”att det främst är motiverat att mäta kolesterol hos individer med aterosklerotisk (kärlförändringar) hjärt-kärlsjukdom eller vid hög risk för denna sjukdom där behandling kan bli aktuell. Den senare gruppen anges vara individer med diabetes mellitus typ 2, rökning, högt blodtryck, övervikt, framför allt bukfetma, och kronisk njursjukdom. Dessutom ingår individer med ärftlighet.

## Önsvärda nivåer av kolesterol

Som önskvärda målvärden anger Läkemiddelsverket i sina rekommendationer att totalkolesterol bör ligga under ( $<$ ) 5,0 mmol/l och LDL-kolesterol på ett värde under ( $<$ ) 3,0 mmol/l. Man anger att - ” Behandlingsmålet är lika med den önskvärda nivån av totalkolesterol och LDL-kolesterol.

## Indikatorer för ökad risk

Triglycerider över ( $>$ ) 2 mmol/l och HDL-kolesterol under ( $<$ ) 1,0 stärker indikationerna för behandling.

## Läkemedelsverket anger som riskgrupper för behandling

1. Personer med kranskärslsjukdom (CHD), eller annan aterosklerotisk sjukdom samt diabetes mellitus typ 2.
2. Personer med hög risk för utveckling av kranskärslsjukdom, pga följande tillstånd: Högt blodtryck, rökning, övervikt, särskilt bukfetma, kronisk njursjukdom inklusive njurtransplantation och tidig menopaus (under 40 år).
3. Föräldrar, syskon och /eller barn, med tidig debut av kranskärslsjukdom eller annan aterosklerotisk sjukdom (under 65 års ålder).

Dessutom påpekas att generellt sett ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom med åldern. Förhöjt kolesterolvärde är en starkare riskindikator hos män än hos kvinnor.”

## Läkemedel mot hyperlipidemi (höga kolesterolvärden)

Läkemedelsverket anger att det i Sverige finns tillgängligt fem principiellt skilda grupper av lipidsänkande läkemedel: kolesterolsynteshämmare (statiner), gallsyrabindare (resiner), fibrater, nikotinsyrapreparat och omega –3 fettsyror. Statiner är idag ett förstahandspreparat vid behandling av hyperlipidemier hos vuxna.

Det finns på marknaden sex aktuella statiner: atorvastatin, cerivastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, och simvastatin.

” Simvastatin och pravastatin minskar kardiovaskulär morbiditet (att insjukna i hjärt-kärlsjukdom) och mortalitet (dödlighet) hos patienter med genomgången hjärtinfarkt eller angina pectoris (kärlkramp). Simvastatin och pravastatin sänker dessutom mortaliteten. Det finns även ett visst stöd för att statiner kan reducera risken för dödlig och icke dödlig stroke hos personer med etablerad kranskärslsjukdom.

Statiner är idag den bäst dokumenterade läkemedelsgruppen. Bland olika statiner rekommenderades de som i kontrollerade interventionsstudier visat sig ha dokumenterad effekt på mortalitet och morbiditet och där antalet patienter och interventionstid (patientår) är sådant att allvarliga biverkningar i största mån kunnat uteslutas.”

Då statiner är rekommenderade som förstahandspreparat vid behandling av höga kolesterolvärden, valdes att i projektet Hälsosam använda ett sådant preparat (pravastatin) som läkemedel till riskgruppen. Därför redogörs inte här för de övriga preparaten och dess olika funktioner.

## Kunskap om effekt av medicineringen hos kvinnor

” I sekundärpreventiva studier (där individer avlidit i hjärtinfarkt eller överlevt hjärtinfarkt eller i stroke) har andelen kvinnor varit cirka 15 procent. Effektvariabeln hjärthändelser har påverkats signifikant hos såväl män som kvinnor, men på grund av litet antal kvinnor i de olika studierna har det varit svårt att påvisa en statistiskt signifikant effekt på totalmortalitet (all dödlighet) hos kvinnor.

Behandlingsprinciperna bör vara desamma för män som för kvinnor när det gäller sekundärprevention. Erfarenheterna från primärpreventiva studier ( åtgärder som vidtas innan individer insjuknar) bland kvinnor är begränsade och underlaget för rekommendationer därför ofullständigt. Den premenopausala kvinnan har, med undantag för kvinnor med diabetes, en lägre absolut risk än den jämnåriga mannen att insjukna i kardiovaskulär sjukdom. Efter menopaus ökar betydelsen av dyslipidemi (störning i kolesterolbalansen) för hjärtkärlrisken hos kvinnor samtidigt som risken för hjärtkärlsjukdom ökar.”

## Kvinnors hjärtsjukdom 1998:15; -16

Enligt en forskningsrapport, Kvinnors hjärtsjukdom 1998:15; 16, som refererar till *SHEEP-studien* ( som står för Stockholms hjärtepidemiologiska hjärtprogram), en undersökning om kvinnors riskfaktorer att insjukna i hjärtinfarkt ( också i jämförelse med män för samma riskfaktorer), där beskrivs den relativa risken (RR) med exponering för vissa riskfaktorer. Den största relativa risken (RR 5,5) anses diabetes utgöra för kvinnor. Det finns ett flertal kvinnor i Hälsosam som under studiperioden uppvisar förhöjda blodsockervärden med risk att insjukna i diabetes (se Del 4. Sid 139) och samtidigt med förhöjda blodfetter, LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ .

### *Identifiering av en riskgrupp kvinnor med LDL-kolesterol $\geq 4,5$ . År 1997*

Under Fältarbetet år 1997 identifieras 67 kvinnor med totalkolesterol (Lipotrend)  $\geq 6,5$  , här ingår även sex kvinnor som vid screeningstillfället är gravida, de kvinnorna exkluderas i denna intervention. Medvärdet totalkolesterol (Lipotrend) för 61 kvinnor ligger inledningsvis år 1997 på 7,19. Den gruppen kvinnor klassas som en riskgrupp för hjärt och kärlsjukdomar och erbjuds därför extra insatser i projekt Hälsosam.

## UTVIDGAD HÄLSOUNDERSÖKNING NOVEMBER 1997–MARS 1998

De 61 kvinnorna i riskgruppen erbjuds delta i en utvidgad hälsoundersökning under perioden november år 1997-mars år 1998, med en omfattande blodprovsundersökning med fastevärden samt vilo-EKG. Det är 48 kvinnor som deltar i undersökningen. I den gruppen ingår även tolv kvinnor med två riskfaktorer, totalkolesterol (Lipotrend)  $\geq 6,5$  och BMI  $\geq 30$ .



Efter undersökningen, med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  som ett riskvärde, ligger medelvärdet LDL-kolesterol för 48 kvinnor på 4,89 och för 13 av de kvinnor med två risker där nio kvinnor deltar i provtagningen, ligger medelvärdet LDL på 4,59. Den nu uppkomna riskgruppen, 38 kvinnor som uppvisar värden LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , för dessa ligger medelvärdet på 5,22.

## **INTERVENTION 2. DAGBOKSFÖRD MOTION. ÅR 1998.**

För att försöka sänka riskvärdena LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , erbjuds 38 kvinnor som ingår i riskgruppen med förhöjda kolesterolvärden (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ ) att delta i Dagboksförd Motion under en tremånaders period, juli-september år 1998. Det är 18 kvinnor från riskgruppen som deltar och här ingår även en kvinna med två risker, LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ . (se sid 90-95, DEL 2. Intervention 2. Dagboksförd Motion).

## **RESULTAT**

### *Medelvärden BMI*

Vid mätningar genomförda under Fältarbetet år 1997 ligger BMI-medelvärdet för dessa 18 kvinnor på 26,3. Vid mätningar efter Dagboksförd Motion ligger deras BMI-medelvärde fortfarande på samma nivå, 26,3.

(Däremot påverkas BMI-medelvärdet under samma period med Dagboksförd Motion, i större utsträckning den riskgrupp bland kvinnorna som är överviktiga med BMI  $\geq 30$ . För 25 av dessa kvinnor ändras BMI-medelvärdet från inledningsvis år 1997 BMI 32,6 till BMI 31,7 efter motionsperioden. Se tabell 69B sid 94, DEL 2. Dagboksförd Motion).

### *Medelvärden LDL kolesterol*

#### *Inledande förklaring*

I redovisningen som följer ingår ordet medelvärde och dess värde upprepade gånger, för enkelhetens skull där det passar, för att bli mer lättläst, redovisas ordet medelvärde förkortat samt uppkommet värde i en parentes, exempel ( MV 0,00).

### *Riskgruppen kvinnor som deltar i Dagboksförd Motion*

För de 18 av de 38 kvinnor i riskgruppen som deltar i Dagboksförd Motion ses en förbättring av kolesterolvärdena efter motionsperioden. År 1997 ligger medelvärdet LDL-kolesterol för de 18 kvinnorna på 5,39 och efter perioden med Dagboksförd Motion år 1998 sjunker medelvärdet till 4,82.

(Det omvända förhållandet gäller för riskgruppen med övervikt, 25 kvinnor med BMI  $\geq$  30. Deras medelvärde LDL-kolesterol ligger år 1997 på 3,32 och efter motionsperioden sjunker medelvärdet endast obetydligt, till 3,26. Se tabell 70 Sid 95, DEL 2. Dagboksförd Motion).

### *Hela riskgruppen erbjuds förnyad hälsoundersökning 1998*

Av de 48 kvinnor (MV= 4,89) som deltar i provtagningen år 1997 (oktober-november) där 38 kvinnor (MV= 5,22) efter provtagningen uppvisar värden LDL-kolesterol  $\geq$  4,5. De kvinnorna erbjuds förnyad personlig hälsoundersökning år 1998. Den utformas enligt modellen för Fältarbete år 1997 och med omfattande blodprovstagning. Det är 44 kvinnor (MV= 4,84) som deltar i blodprovstagning och 33 av de kvinnorna (MV= 5,13) ingår med LDL-kolesterol  $\geq$  4,5. I den gruppen ingår 13 kvinnor (MV= 4,51) med två risker (LDL-kolesterol och BMI). Nio av de kvinnorna (MV= 4,82) som deltar i provtagningen uppvisar LDL-kolesterol  $\geq$  4,5.

Dessa 33 kvinnor (MV= 5,13) utgör vår riskgrupp och är de som ingår i Intervention 3. Med erbjudan om lipidsänkande behandling med (pravastatin) Pravachol, mot förhöjda kolesterolvärden.

## **INTERVENTION 3.**

### **ERBJUDAN OM MEDIKAMENTELL BEHANDLING. ÅR 1999.**

Med ett brev (20 januari år 1999) erbjuds 33 kvinnor medicinering med kolesterolsänkande medicin Pravachol (pravastatin). Med brevet bifogas ett recept på Pravachol för 1 års medicinering. Samtidigt lämnas en information att effekten av medicineringen kommer att följas upp, inledningsvis efter tre månader och efter ett år, under projekt Hälsosams medverkan. Medicineringen inleds omkring den 15 februari 1999. Det är några kvinnor som startar redan under januari det året.

Av 33 kvinnor i riskgruppen är det inledningsvis 27 kvinnor som tackar ja till medicinering med Pravachol. Vid senare kontroll, efter tre månaders medicinering, visar det sig att inte alla deltar i den uppföljande provtagningen. Några av kvinnorna har aldrig påbörjat någon medicinering andra har på grund av sina lab.resultat redan tidigare remitterats till annan läkare och äter därför redan kolesterolsänkande medicin. Andra slutar på grund av besvär som de tror orsakats av medicineringen.

## RESULTAT

Det är 21 kvinnor som deltar i uppföljning med blodprovstagning tre månader efter insatt medicinering (maj -juni år 1999). För hela riskgruppen ligger medelvärdet LDL kolesterol på 3,98, vilket innebär en klar förbättring.

För de elva kvinnor som medicinerar och som deltar i provtagning som ingår med riskvariabel LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  ligger medelvärdet på 3,78. För de fem kvinnorna med två risker (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ ) och som medicinerar ligger medelvärdet LDL-kolesterol på 3,98. Det är således 16 kvinnor som medicinerar som deltar i blodprovstagning och deras medelvärde LDL-kolesterol ligger på 3,83.

För de 18 kvinnor som ingår i riskgruppen och som deltar i Dagboksförd Motion, varav elva kvinnor deltar i provtagningen, ligger medelvärdet LDL-kolesterol på 3,91, tre månader efter insatt medikamentell behandling. Av de 18 kvinnorna är det nio kvinnor som medicinerar. Dessa nio kvinnors medelvärde ligger på 3,82.

För de fem kvinnor som deltar i provtagningen men ej medicinerar, ligger medelvärdet år 1998 på 5,1 och vid undersökningen år 1999, ligger deras medelvärde LDL-kolesterol på 4,48.

### Sammanfattningsvis

För de kvinnor som medicinerar mot sina förhöjda kolesterolvärden, ses efter perioden med tre månaders behandling, i denna mätning, en klar förbättring av deras värden. Den gruppen kvinnor som ej medicinerar ligger kvar i samma risknivå med värden LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ .

## INTERVENTION 4. År 2000

### UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING

Under perioden för medikamentell behandling för riskgruppen kvinnor med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$ , inleds dessutom Intervention 4., med utbildningsprogram som är riktade till kvinnor med övervikt, BMI  $\geq 30$ , för att åstadkomma viktreducering. (januari –juni år 2000).

I den riskgrupp med kvinnor som medicinerar mot sina höga kolesterolvärden eller kvinnor som ingår med höga kolesterolvärden utan att medicinera, finns sju kvinnor med sådan övervikt och som deltar i utbildningsprogrammen. Av de sju kvinnorna är det fem som medicinerar mot sina höga kolesterolvärden. Det är fyra av de kvinnorna som medicinerar med Pravachol och en kvinna medicinerar med Zocord. Den gruppens resultat redovisas nedan efter perioden med läkarundersökning (april år 2000).

## LÄKARUNDERSÖKNING. År 2000.

Under februari –mars år 2000 genomförs förnyad blodprovstagning. Samtliga 31 kvinnor i riskgruppen kontaktas med brev, som dessutom innehåller två enkäter. En av enkäterna (Enkät 2B.) innehåller samma frågor som kvinnorna får vid mätningen åren 1997 och 1998. Den andra enkäten, Pravacholenkät, innehåller frågor om deras medicinering med Pravachol, dosering, uppehåll med medicinen samt frågor om upplevda besvär. Dessutom erbjuds kvinnorna ett personligt läkarbesök med projektledaren (april år 2000). Avsikten är att efterfråga hälsoläget, lämna besked på resultat, samt ta reda på kvinnornas önskemål om fortsatt medicinering.

## RESULTAT

För hela riskgruppen 33 kvinnor, där 29 kvinnor deltar i blodprovstagningen, ligger medelvärdet LDL-kolesterol på 3,93, vilket innebär en ytterligare sänkning av kolesterolhalten (tidigare 3,98). För de 9 kvinnor som ingår med två riskfaktorer (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ ) ligger medelvärdet på 3,82 (tidigare 3,98).

- **19 kvinnor som medicinerar med någon typ av kolesterolsänkande medicin (statiner)**  
medelvärde LDL-kolesterol: 3,75 (tidigare 3,83).
- **13 kvinnor som medicinerar med Pravachol (pravastatin)**  
medelvärde LDL-kolesterol: 3,66.
- **13 kvinnor som tidigare deltagit i Dagboksförd Motion**  
varav nio kvinnor medicinerar.  
medelvärde LDL-kolesterol: 4,01 (tidigare 3,91).
- **10 kvinnor som inte medicinerar**  
medelvärdet LDL-kolesterol: 4,25.

Det är sju kvinnor med två risker (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ ), som deltar i Intervention 4. Utbildningsprogram riktade till viktreducering. I den gruppen är det fyra av kvinnorna som dessutom medicinerar med Pravachol.

År 1997 och år 1998 ligger deras medelvärde på 4,57 respektive 4,82. Inför utbildningens start (år 2000, januari) ligger medelvärdet på 2,47 (tre kvinnor deltar), då har de medicinerat i det närmaste under ett år. Efter utbildningen är deras medelvärde 3,4, och sex månader senare (år 2000, november) är medelvärdet 3,13. Vid mätningen år 2001 i maj efter mer än 2 års medicinering ligger medelvärdet på 3,5, för tre av dessa kvinnor som deltar i provtagningen i de två senaste mätningarna.

Av de 24 kvinnor som deltar vid läkarbesöket är det 20 som medicinerar. I riskgruppen med LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  ingår 15 kvinnor och fem kvinnor ingår i gruppen med två riskfaktorer (LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ ). Det är 16 kvinnor som äter Pravachol, tre kvinnor äter Zocord och en kvinna äter Lipitor. De flesta kvinnorna uppger att medicineringen varit positiv, och att de önskar fortsätta att äta den. De kvinnor som medicinerar ombeds kontrollera sina kolesterolvärden, omkring årsskiftet år 2001. Vi lovar återkomma med påminnelse, labremiss och receptförnyelse. Vi påtalar även värdet med att följa upp sina kolesterolvärden, även efter den tid då Hälsosam avslutats.

## PRAVACHOLENKÄT

Det är 23 kvinnor som besvarar enkäten med frågor om hur de medicinerat med Pravachol, om använd dos, uppehållsperioder och besvärsförekomst. Av de 23 kvinnorna är det 16 som medicinerar med Pravachol. Tre av de kvinnorna äter halv dos. Tre kvinnor har helt upphört att medicinerar. Nio av de kvinnor som äter full dos Pravachol uppger inga besvär och har heller inte gjort något uppehåll med medicineringen. Däremot är det två av kvinnorna som äter full dos som upplevde magbesvär och magvärk men har ändå fortsatt äta den. En av kvinnorna har gjort ett uppehåll under perioden april år 1999 till augusti år 1999 på grund av sjukdom som krävde mycket annan medicinerings.

Av de kvinnor som äter halv dos är det två som haft magbesvär och diarreé. En kvinna slutade helt med anledning av besvär som illamående och huvudvärk. Hon slutade äta sin medicin i juli år 1999 och återupptog medicineringen efter en tids uppehåll. Äter nu halv dos och vill fortsätta med det.

Av de fem kvinnor som aldrig börjat medicinerar är en av dem gravid vid tillfället, en av kvinnorna avråds av sin husläkare då han inte tycker att hennes lab. värden är alarmerande. En av kvinnorna anser medicinen alltför dyr och avstår därför helt.

## UPPFÖLJANDE MÄTNING ÅR 2001

### RESULTAT

Redovisning av medelvärden LDL kolesterol

23 kvinnor deltar i provtagning	3,62
7 kvinnor med två risker (LDL+BMI)	3,47
17 kvinnor medicinerar med statiner	3,37
15 kvinnor medicinerar med Pravachol	3,29
10 (/ 18 kvinnor som delt. Dagboksförd Motion)	3,56
9 (/18 kvinnor som delt. Dagbosförd Motion) och medicinerar med statin	3,3
6 kvinnor som ej medicinerar	4,32

I tabell 75 nedan sammanfattas riskgruppens samtliga medelvärden LDL-kolesterol.

### *Andra hälsorisker som observeras för den studerade riskgruppen*

Det är 21 kvinnor i den studerade riskgruppen med förhöjda kolesterolvärden, som vid något tillfälle under mätperioderna uppvisar blodsockervärden vilka kan innebära risk för diabetes, med värden från 5,7 och högre. Värden 6,0 -14,9 uppvisas för 14 kvinnor. Bland de kvinnor som medicinerar med statiner är det 13 kvinnor som uppvisar förhöjda glukosvärden, åtta kvinnor med förhöjda glukosvärden före insatt medicinerings och fem kvinnor med förhöjda glukosvärden efter den insatta medicinerings.

Då det tidigare påtalats att den största relativa risken för kvinnor att drabbas av hjärtinfarkt anses vara diabetsförekomst (se sid.119), är ovanstående redovisning om förhöjda värden av glukos för denna riskgrupp, liksom de som redovisas under Del 5. Intervention 4.( se sid 139), en kunskap som bör ge anledning till vidare uppföljning av hela yrkesgruppen.

Tabell 75. Samtliga medelvärden LDL-kolesterol år 1997-2001

KVINNOR SOM INGÅR I RISKGRUPPEN MED LDL-KOLESTEROL  $\geq$  45 OCH KVINNOR MED TVÅ RISKER, LDL-KOLESTEROL  $\geq$  4,5 OCH BMI  $\geq$  30.

Medelvärden LDL-kolesterol från mätningar under hela projektiden i Hälsosam

INTERVENTION 1. Kostinformation - september-december år 1997

INTERVENTION 2. Dagboksförd Motion - juli-september år 1998

INTERVENTION 3. Medikamentell behandling - februari år 1999- januari år 2001

I parentes i kolumn 2. avses antal kvinnor från riskgruppen LDL-kolesterol  $\geq$  4,5 och antal kvinnor i riskgruppen med BMI  $\geq$  30 som deltog med mätvärden. I parentes i kolumn 3. avses medelvärden LDL-kolesterol från riskgruppen kvinnor med två risker (LDL-kolesterol  $\geq$  4,5 och BMI  $\geq$  30).

Mättillfällen	ANTAL MÄTNINGAR	MEDELVÄRDE LDL- KOLESTEROL
<b>År 1997 (november –december).</b>		
1. Hela riskgruppen kvinnor.	48 (36+12)	4,89 (4,59)
2. De som vid mättillfället uppvisar LDL-kolesterol $\geq$ 4,5.	38 (25+13)	5,22
3. 18 kvinnor som kommer att medicinera år 1999	18 (12+6)	5,20
4. 18 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion.	18 (17+1)	5,39
5. 9 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och kommer att medicinera med statiner år 1999.	9 (8+1)	5,45
<b>År 1998 (oktober-december).</b>		
1. Hela riskgruppen 38 kvinnor.	33 (20+13)	5,13 (4,55)
2. 20 kvinnor som kommer att medicinera år 1999	20 (14+6)	5,21
3. 18 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion.	18 (17+1)	4,82
4. 9 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och kommer att medicinera med statiner år 1999.	9 (8+1)	5,13
<b>År 1999. 3 månader efter insatt medicinering.</b>		
1. Hela riskgruppen 33 kvinnor där 16 kvinnor medicineras.	21 (15+6)	3,98 (3,98)
2. 16 kvinnor efter tre månaders medicinering (statin).	16 (11+5)	3,83
3. 14 kvinnor medicineras med Pravachol	14 (10+4)	3,78
4. 18 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och 9 medicineras.	11 (10+1)	3,91
5. 9 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och mediciner	9 (8+1)	3,82
<b>År 2000. Efter 1 års medicinering.</b>		
1. Hela riskgruppen 33 kvinnor där 19 medicineras.	29 (20+9)	3,93 (3,82)
2. 19 kvinnor efter 1 års medicinering (statin)	19 (13+6)	3,75
3. 15 kvinnor medicineras med Pravachol	15 (9+6)	3,58
4. 18 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och 9 medicineras.	13 (12+1)	4,01
5. 9 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och mediciner	9 (8+1)	3,72
<b>År 2000 dec.-jan. år 2001. Efter 2 års medicinering</b>		
1. Hela riskgruppen 33 kvinnor, 17 medicineras (statin).	23 (16+7)	3,62 (3,47)
2. 17 kvinnor efter 2 års medicinering (statin).	17 (11+6)	3,37
3. 15 kvinnor som medicineras med Pravachol.	15 (10+5)	3,29
4. 18 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och 9 medicineras.	10 (9+1)	3,56
5. 9 kvinnor deltar i Dagboksförd Motion och medicineras.	8 (7+1)	3,3
6. 6 kvinnor som ej medicineras.	6 (5+1)	4,32

Efter två års medicinering med statiner har inte någon grupp i slutmätningen uppnått målvärdet för LDL-kolesterol, under 3,0. Däremot ses sådana värden för enskilda individer. Vid slutmätningen för 23 kvinnor där 17 av de kvinnorna medicineras, uppvisar nio av de kvinnorna LDL-kolesterol 2,2-3,1 För fyra av kvinnorna som medicineras ligger LDL-värdena mellan 3,2-3,6.

# HÄLSOSAM ÅR 1999 - 2001

## INTERVENTION 4.

### INSATSER TILL RISKGRUPPEN

- KVINNOR MED BMI  $\geq$  30

### UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING

INTRESSEFÖRFRÅGAN HOS ARBETSGIVAREN	126
INVENTERING AV PROGRAM	126
ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR	126
LOTTRAGNING	127
METODER OCH UPPFÖLJNING	128
RESULTAT	129
ÖVERSIKT AV MEDELVÄRDEN LDL-KOLESTEROL OCH BMI	132
KONTROLLGRUPPEN KVINNOR MED BMI $\geq$ 30	137

## **INTERVENTION 4. År 1999- 2001.**

### *UTBILDNINGSPROGRAM*

#### *RIKTADE TILL VIKTREDUCERING FÖR EN GRUPP KVINNOR MED BMI $\geq$ 30*

#### *Intresseförfrågan hos arbetsgivaren*

Under perioden för Fältarbete år 1997 och senare i efterföljande undersökningar år 1998 är det många kvinnor med övervikt som uttrycker starkt behov att få hjälp för detta. Önskemålet framförs av projektgruppen vid ett möte i april 1999 till dåvarande kommundirektör och kommunens personalchef. Man enades om att det var viktigt med insatser till den gruppen kvinnor och arbetsgivaren var positiv att medverka till sådana insatser. Projektgruppen uppdrogs att inventera och komma med förslag till program.

#### *Inventering av program*

Efter de inledande samtalen med arbetsgivaren fattades beslut om att använda sig av två interventionsprogram riktade till viktreducering. Efter projektgruppens förnyade kontakter (1999 08 13) med FoUU-enheten för psykiatri, Huddinge Universitetssjukhus (professor T. Hällström) enades man om att för ett av programmen anlita en socionom tillika kognitiv terapeut med erfarenhet av ett psykoedukativt utbildningsprogram anpassad för det tänkta ändamålet. Utbildningen förlades till Huddinge Universitetssjukhus. Det andra programmet, en Må Bra-Cirkel, var ett program i cirkelform med flera inbjudna föreläsare. Ansvarig för det programinnehållet var kommunens företagsläkare. Kvinnorna som deltog i program Må Bra-Cirkel skulle utgöra kontrollgrupp för Psykoedukativ metod i den kommande interventionen.

#### *Förutsättning för deltagande*

Avsikten var att med ett brev erbjuda alla de 97 kvinnor, som efter perioden med Om-mätning 1998 visat sig ha BMI  $\geq$  30, att få delta i ett av dessa utbildningsprogram riktat till viktreducering. I erbjudandet informerades att man inte själv skulle kunna bestämma i vilket av programmen man skulle ingå, utan att det skulle ske med lottens hjälp. Dessutom informerades att alla som ville skulle få vara med.

#### *Etiska frågeställningar*

Ansökan gjordes till etiska kommittén som godkände projektet (1999 10 04).

**Risk och nyttoförhållanden:** I beaktande av att fetma är ett ökande samhällsproblem, signifikant relaterat till sjukdom och ökad risk för dödlighet, där 5-7 procent av de totala



sjukvårdskostnaderna kan relateras till fetma, bedömdes studien som nyttig och angelägen. Arbetsgivaren och projektansvarig betonade de anställdas frivillighet att ingå, liksom frivilligheten att när som helst avbryta programmet. Informerat samtycke inhämtades både skriftligt och muntligt, liksom information om tystnadsplikt.

Ett brev med intresseförfrågan skickades till de 97 kvinnor som kunde ingå i de två utbildningsprogrammen och det var 54 kvinnor som tackade ja till deltagande. De 43 kvinnorna som avstod från att delta i utbildningen utgjorde därefter vår kontrollgrupp för de båda utbildningsprogrammen. Den gruppen kvinnor beskrivs i slutet av denna redovisning.

### *Lottdragning*

En lottdragning genomfördes (1999 11 02) under uppsikt av sex anställda på Huddinge kommun. Första lottningsförfarandet avgjorde vilka trettio kvinnor som skulle få delta i de två första utbildningsprogrammen. Därefter lottades till vilket av programmen var och en skulle ingå. Lottningsproceduren upprepades därefter för återstående grupper.

### *Fanns skillnader mellan de båda grupperna?*

Vi ville ta reda på om slumpen avgjort, det vill säga om lottningen att få ingå i respektive program skulle kunna åstadkommit, att grupperna skulle skilja sig mycket avseende övervikt och på så sätt skapa ojämlika förutsättningar. Fanns andra skillnader? Graden av självskattad hälsa skulle till exempel kunna vara sämre i en av grupperna.

### *BMI-medelvärden i två grupper*

Medelvärden avseende BMI beräknades efter mätningen som föregick det första utbildningstillfället ( januari år 2000).

- **Psykoedukativ metod**

Högsta individuella BMI-värde i Grupp 1. är 38. Vid en addering av alla värden BMI för 12 kvinnor uppstår summan 415,9 BMI-poäng. När dessa poäng fördelas mellan 12 personer uppstår ett medelvärde BMI 34,66.( I Grupp 1. ingår avhopp med tre kvinnor).

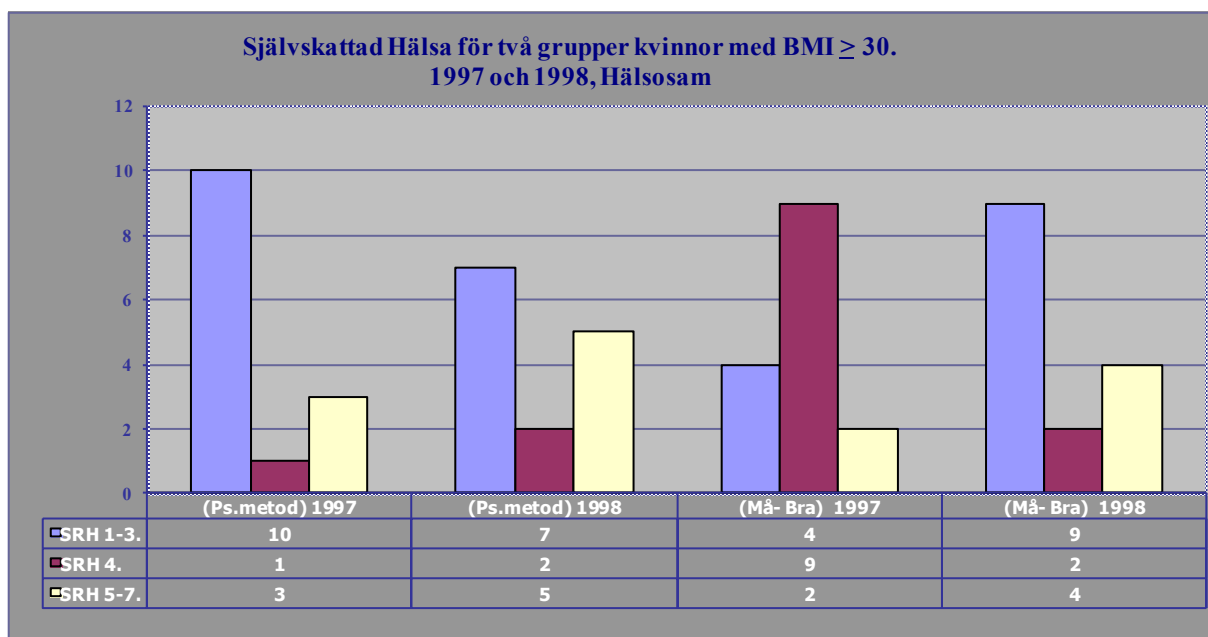
- **Må Bra- Cirkel**

I Grupp 1. ingår två kvinnor med högre BMI värden än 38. En kvinna med BMI 46,2 och en annan kvinna med BMI 43,1. Adderas BMI-värden för 14 kvinnor uppgår summan till 487 BMI-poäng, vilket ger ett medelvärde BMI 34,78. ( I Grupp 1. Ingår avhopp med en kvinna).

Medelvärdena BMI för båda grupperna är i det närmaste identiska. Däremot ingår i Grupp 1. Må-Bra-Cirkel två kvinnor med svårare övervikt.

Nedan redovisas skillnader avseende Självskattad Hälsa (SRH 1-7) för dessa två grupper. Mätvärden inhämtade åren 1997 och 1998 från alla som tackade ja till utbildningen. Här ingår därför svar även från de kvinnor som senare hoppar av utbildningen (se figur 11).

## Självskattad Hälsa (SRH)



Figur 11. Självskattad Hälsa (SRH 1-7.) för två grupper kvinnor med BMI  $\geq$  30, åren 1997 och 1998 (Antal). ( SRH 1-3 = God hälsa, SRH 4 = mindre god hälsa, SRH 5-7 = Dålig hälsa).

Vid jämförelse av de två grupper som deltar i utbildningsprogrammen ingår i det Psykoedukativa programmet (PS.metod) fler kvinnor år 1998 som anser sig ha en dålig hälsa och färre kvinnor som anser sig ha en god hälsa, än de kvinnor som ingår i metod Må Bra-cirkel (Må-Bra).

Avseende Självskattad Hälsa överensstämmer fynden från figur 11. med vad som tidigare redovisats från hela yrkesgruppen. Även där är det fler kvinnor år 1998 som skattar att hälsan är dålig, vid jämförelse hur de skattar sin hälsa år 1997.(se sid 101, Tabell 73).

Som nämnts tidigare ingår i Figur 11. även svar från kvinnor som utgör bortfall (4 kvinnor). Endast en av dem skattar sin hälsa som mindre god (SRH 4. År 1997). Övriga tre kvinnor skattar att de har en god hälsa (SRH 1-3 åren 1997 och 1998).

### Metoder och uppföljning

Kvinnorna inbjuds till en informationsdag, december 1999. Den egentliga utbildningen startar för båda grupperna, januari år 2000 och avslutas under mars samma år. Utbildningstillfälle två för de två sista grupperna startar mars-april år 2000 och avslutas under juni månad.

Utbildningen inleds med en hälsoundersökning enligt metod Fältarbete och med en omfattande blodprovstagning. Dessa mätningar upprepas sedan efter utbildningens slut, därefter sex månader senare, 1 år senare samt 1 ½ år efter utbildningens slut.

Vid samtliga mättillfällen erhåller deltagarna Enkät 3. med frågor om Självskattad Hälsa, psykisk hälsa och välbefinnande. För att senare kunna mäta skillnader av använda metoder, erhåller kvinnorna ett frågeformulär med kursspecifika frågor 14 dagar efter utbildningens slut. De två utbildningsmetoderna beskrivs i bilaga 2A.

## RESULTAT

### *Beskrivning av 54 kvinnor inbjudna att delta i utbildning riktad till viktreducering*

Av 97 kvinnor med BMI  $\geq$  30 är det 54 som tackar ja till att delta i utbildningen.

Innan resultat från utbildningsprogrammen redovisas beskrivs nedan den gruppen kvinnor som inbjöds delta. Här beskrivs rökning och medicinförekomst, kvinnornas motionsvanor, olika kroppsmått, puls och blodtryck, kolesterolvärden som screenades fram 1997 (Fältarbete) samt Självskattad Hälsa.

Redovisningen avser mätningar genomförda vid två tillfällen, åren 1997 och 1998. Värden redovisas företrädesvis med antal eller som medelvärden, enstaka tillfällen med procent.

Av 54 kvinnor är det 37 (68,5 procent) som inte röker (26 av dem har tidigare varit rökare). År 1997 är det 31 kvinnor som regelbundet medicinerar med någon form av medicin, här kan även naturmedel och vitaminer ingå. År 1998 är det 36 kvinnor som medicinerar regelbundet. Det är sju kvinnor som år 1997 medicinerar mot högt blodtryck, och det tillkommer ytterligare tre kvinnor med högt blodtryck vid mätningen år 1998.

År 1997 är det 30 kvinnor som motionerar regelbundet, minst 2-3 ggr per vecka (här ingår promenader minst trettio minuter som en motionsvariant), och 24 kvinnor motionerar minst 0-1 gång per vecka.

### Tabell 76. Självskattad Hälsa (SRH 1-7)

Självskattad Hälsa 1-7. Redovisningen avser två mättillfällen år 1997 och år 1998, med antal kvinnor för varje skattningsvariabel SRH 1-3, SRH 4, SRH 5-7, samt medelvärden (i parentes).

<i>Mättillfälle</i>	<i>SRH 1-3. ( God hälsa)</i>	<i>SRH 4 ( Mindre god hälsa)</i>	<i>SRH 5-7 ( Dålig hälsa)</i>	<i>Totalt</i>
År 1997	30 (2,43)	16 (4)	8 (5,50)	54
År 1998	33 (2,39)	10 (4)	11 (5,64)	54

Mer än hälften av de 54 kvinnorna uppger att deras hälsa är god (SRH 1-3) vid båda mättillfällena. Dessutom en liten ökning (från 30-33) av antal kvinnor som skattar att deras hälsa är god vid mätningen år 1998.

Det är däremot fler kvinnor år 1998 som skattar att hälsan är dålig (SRH 5-7) vid jämförelse med året 1997. Det innebär sannolikt att de kvinnor som år 1997 uppger att den egna hälsan är mindre god (SRH 4), fått en sämre hälsa, då det i den gruppen år 1998 minskat från 16 till 10 kvinnor. Några av dessa kvinnor ingår sannolikt bland de 11 kvinnor som uppger att deras hälsa är dålig (SRH 5-7) år 1998.

Tabell 77. Redovisning av mätresultat från 54 kvinnor med BMI  $\geq$  30, avseende PULS, BLODTRYCK och TOTALKOLESTEROL (Lipotrend). inhämtade vid två mättillfällen år 1997 och 1998. Redovisat med medelvärden och antal.

	<b>PULS</b>	<b>BLODTRYCK</b> Systoliskt	<b>BLODTRYCK</b> Diastoliskt	<b>KOLESTEROL</b> (Lipotrend)	<b>Totalt</b>
År 1997	70,31	128,37	73,78	5,10	54
År 1998	73,74	126,46	74,46	0	54

Några stora förändringar syns ej avseende puls och blodtryck mer än att vid mätningen år 1998 medelvärdet antal pulsslag/ minut har ökat med 3,43 liksom diastoliskt blodtryck med 0,68. År 1998 screenades ej för total kolesterol (Lipotrend). Då togs fasteprover LDL-kolesterol (se tabell 79).

Tabell 78 Redovisning av kroppsmaått från 54 kvinnor med BMI  $\geq$  30, avseende LÄNGD, VIKT, BMI, MIDJA, ASD OCH ASD/LÄNGD. inhämtade vid två mättillfällen 1997 och 1998. Redovisat med medelvärden och antal.

<b>MÄTNING</b>	<b>LÄNGD</b>	<b>VIKT</b>	<b>BMI</b>	<b>MIDJA</b>	<b>ASD</b>	<b>ASD/ LÄNGD</b>	<b>Totalt</b>
År 1997	163 cm.	91,8 kg.	34,31	106,06 cm	23,24 cm	14,22 cm/mtr	54
År 1998	163 cm	93,6 kg.	34,95	105,14 cm	22,94 cm	14,08 cm/mtr	54

Från mättillfället år 1997 fram till år 1998 har medelvikten för 54 kvinnor ökat med 1,8 kg, liksom BMI-medelvärdet med 0,64. Midjemåttet har minskat med 0,92 cm samt även ASD och ASD/längd har minskat med 0,30 cm respektive 0,14 cm/meter.

Skillnader i mätresultat för de sistnämnda tre måtten, midja, ASD och ASD/längd, där mätningen genomförs med ett mjukt måttband, kan också vara beroende av att vid mätningar år 1997 genomförs dessa av tre olika team. Fortsatta mätningar åren 1998-2001 genomförs av ett och samma team bestående av två personer. Det teamet deltog även vid mätningarna år 1997.

### *Utbildningens deltagare*

Nedan beskrivs de fyra grupper kvinnor som deltar i utbildningen riktad till viktreducering, indelade i de två olika utbildningsmetoderna samt en beskrivning av bortfallsförekomst. Därefter redovisas resultat och förändringar avseende LDL-kolesterol, BMI och Självskattad Hälsa.(se tabell 79).

### *Psykoedukativ metod*

Till utbildningstillfälle ett anmäler 15 kvinnor sitt intresse att delta. Här ingår senare ett bortfall med tre kvinnor. För återstående tolv kvinnor är deltagandet hundra procentigt.

Till utbildningstillfälle två är det tolv kvinnor som tackar ja. Här deltar sju av dem, varav fem kvinnor fullföljer programmet till hundra procent.

### *Må-Bra-Cirkel*

Det är 14 av de 15 kvinnor som anmäler intresse att delta, som genomför utbildningen vid utbildningstillfälle ett, och deras deltagande är hundra procentigt.

Vid utbildningstillfälle två är det 13 kvinnor som tackar ja och samtliga deltar vid något tillfälle. Det är fem kvinnor som fullföljer programmet till hundra procent medan fem av dem deltar till femtio procent. Tre kvinnor deltar 1-2 tillfällen.

Resultaten som redovisas nedan avser mätningar från år 1997 (Fältarbetet), år 1998 (Om-mätning), år 2000 (januari) före utbildningens start, år 2000 (mars, april) efter utbildningen samt år 2000 (juni) sex månader efter utbildningen samt avslutningsvis 1 år och 1½ år efter utbildningen. Mätningar från år 1½ år är ännu inte avslutade. De inleds oktober-december år 2001 (se tabell 79 sid 132.).

Tabell 79. Mätresultat LDL-kolesterol, BMI och Självskattad Hälsa för kvinnor med BMI  $\geq$  30, som deltar i utbildning riktad till viktreducering. Intervention 4.

Resultaten redovisas med antal kvinnor som deltar i respektive mättillfälle. Medelvärden redovisas avseende LDL-kolesterol och BMI, samt med procent avseende Självskattad Hälsa (SRH1-7.).

För interventionen ingår två metoder, Psykoedukativ metod och metod Må Bra-Cirkel. Kvinnornas medelvärden av LDL-kolesterol redovisas inledningsvis från den utbildningsmetod de ingår i, därefter redovisas medelvärden LDL-kolesterol för alla kvinnor som deltar i utbildningen.

BMI-medelvärden redovisas först från varje KURS, därefter resultat från Psykoedukativ metod 1+2 efterföljande Må Bra-Cirkel 1+2. Avslutningsvis redovisas resultat från samtliga kvinnor som deltar i utbildning. Självskattad Hälsa redovisas som SRH 1-3. (God hälsa) SRH 4. (Mindre god hälsa) och SRH 5-7. (Dålig hälsa).

variabler	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	1 ÅR EFTER
MEDELVÄRDE LDL-kolesterol	Antal + LDL-värde	Antal + LDL-värde	Antal + LDL-värde	Antal + LDL-värde	Antal + LDL-värde	Antal + LDL-värde
Psykoedukativ metod	21 / 3,29	22 / 3,59	17 / 3,39	15 / 3,13	12 / 3,12	11 / 3,42
Må Bra-Cirkel <sup>1</sup>	23 / 3,69	25 / 3,56	23 / 3,29	20 / 3,35	23 / 3,07	15 / 3,51
Alla kvinnor i utbildning	44 / 3,47	47 / 3,57	40 / 3,33	35 / 3,25	35 / 3,25	26 / 3,47
	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	1 ÅR EFTER
MEDELVÄRDE BMI	Antal + BMI-värde	Antal + BMI-värde	Antal + BMI-värde	Antal + BMI-värde	Antal + BMI-värde	Antal + BMI-värde
Psykoedukativ metod. 1.	15 / 32,85	15 / 33,53	12 / 34,66	10 / 31,15	10 / 30,26	8 / 31,25
Psykoedukativ metod. 2.	12 / 35,82	12 / 36,62	7 / 37,3	5 / 33,96	5 / 33,62	4 / 33,5
Psykoedukativ metod . ALLA	27 / 34,17	27 / 34,91	19 / 35,63	15 / 32,09	15 / 31,38	12 / 32
Må Bra-Cirkel. 1.	15 / 33,62	15 / 34,2	14 / 34,78	14 / 34,26	14 / 34,5	11 / 35,6
Må Bra-Cirkel. 2.	13 / 34,82	13 / 35,71	13 / 34,69	6 / 31,98	11 / 34,46	8 / 33,92
Må Bra-Cirkel. ALLA	28 / 34,22	28 / 34,9	27 / 34,73	20 / 33,57	25 / 34,48	19 / 34,89
Alla kvinnor i utbildning	55 / 34,17	55 / 35,9	46 / 35,11	35 / 32,94	40 / 33,32	31 / 33,77
	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	1 ÅR EFTER
SRH 1-3. MEDELVÄRDE	Antal + % SRH 1-3	Antal + % SRH 1-3	Antal + % SRH 1-3	Antal + % SRH 1-3	Antal + % SRH 1-3	Antal + % SRH 1-3
Psykoedukativ metod						
Må Bra-Cirkel						
Alla kvinnor i utbildning						
	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	1 ÅR EFTER
SRH 4. MEDELVÄRDE	Antal + % SRH 4.	Antal + % SRH 4.	Antal + % SRH 4.	Antal + % SRH 4.	Antal + % SRH 4.	Antal + % SRH 4.
Psykoedukativ metod						
Må Bra-Cirkel						
Alla kvinnor i utbildning						
	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	1 ÅR EFTER
SRH 5-7. MEDELVÄRDE	Antal + % SRH 5-7.	Antal + % SRH 5-7.	Antal + % SRH 5-7.	Antal + % SRH 5-7.	Antal + % SRH 5-7.	Antal + % SRH 5-7.
Psykoedukativ metod						
Må Bra-Cirkel						
Alla kvinnor i utbildning						

<sup>1</sup> Mätvärden LDL-kolesterol hos två kvinnor i KURS 1. metod Må Bra-cirkel, exkluderas i kolumn 1 med ett mätvärde och i kolumn 6 med två mätvärden, då laboratoriet p.g.a. höga triglycerivärden ej kunnat beräkna värdet LDL-kolesterol för dem.

## *Medelvärden LDL-kolesterol*

För att följa förändringar av LDL-kolesterol över tid i projektet Hälsosam är det viktigt att känna till att det bland kvinnor som deltar i utbildningsprogrammen ingår sju kvinnor med två risksker, LDL-kolesterol  $\geq 4,5$  och BMI  $\geq 30$ .

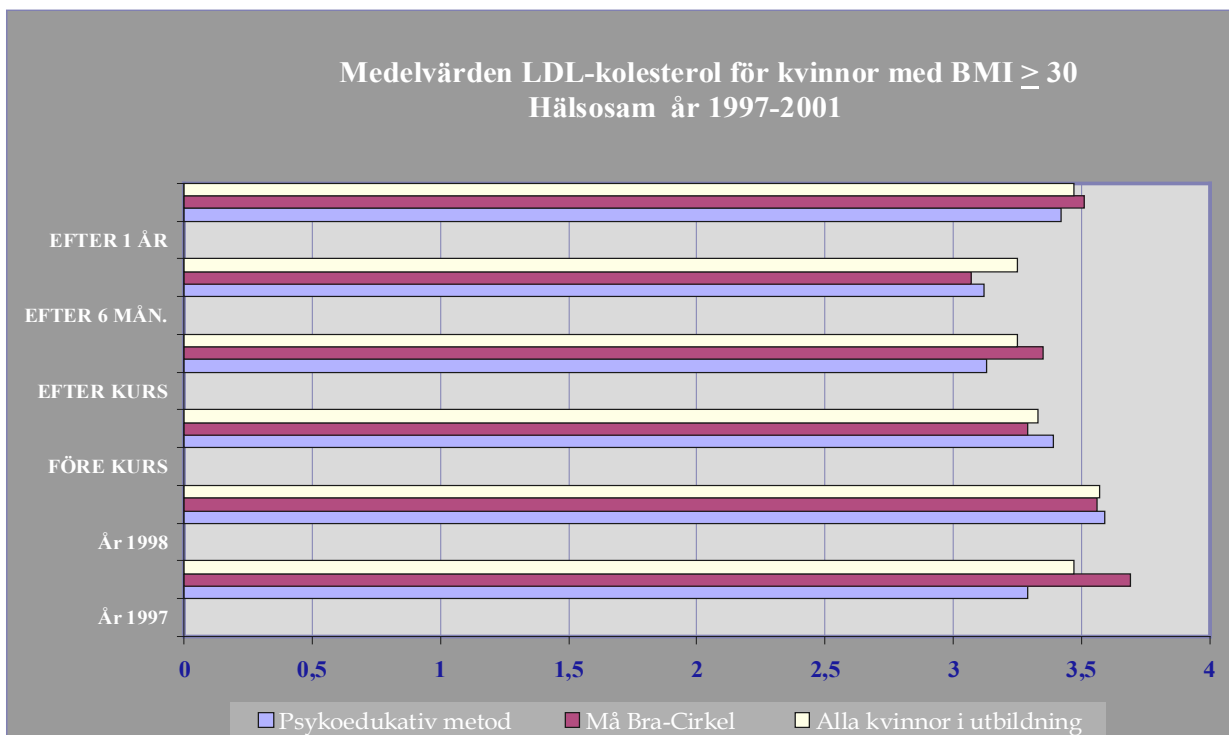
Det är sex av de kvinnorna som sedan år 1999 i projekt Hälsosam erbjudits och tackat ja till medikamentell behandling mot sin höga kolesterolvärden (se Intervention 3. Sid 118), och en av kvinnorna som har avstått från medicinering. Detta påverkar på olika sätt uppvisade värden av LDL-kolesterol i vår redovisning.

Tre av dessa kvinnor deltar i utbildningsprogram Psykoedukativa metod och samtliga deltar vid det första utbildningstillfället, KURS 1. Alla tre kvinnorna medicinerar med Pravachol (pravastatin). I metod Må Bra-Cirkel deltar tre kvinnor med höga kolesterolvärden, av dessa är det två som medicinerar med Pravachol och en kvinna som avstår att medicinera. De deltar i det första utbildningstillfället KURS 1. I den efterföljande utbildningen deltar en kvinna som medicinerar med läkemedlet Zocord (simvastatin).

Målvärdet för LDL-kolesterol är att det ej bör överstiga 3,0 som ideal. Takvärde LDL-kolesterol som är satt till 4,4 överstiger vida detta idealvärde. I redovisningen av alla uppmätta medelvärden LDL-kolesterol kan ses att detta idealvärde inte uppnås vid något av mättillfällena utan förhåller sig en bit över 3,0. Som lägst ligger värdet LDL-kolesterol på 3,07 och som högst på 3,69.

Vad som kan ses i de olika grupperna, över tid som Hälsosam pågår, är att hos alla kvinnor har LDL-medelvärdet sjunkit i mätningen gjord efter utbildningens slut. Ännu lägre är medelvärdet för LDL-kolesterol sex månader senare. (se tabell 79 och Figur 12.). Sannolikt är detta ett resultat av fyra olika insatser som sker under projektetiden:

1. Kostinformation till samtliga kvinnor år 1997.
2. Dagboksförd motion år 1998. Här ingår 16 kvinnor av de 46 som deltar i något av utbildningsprogrammen.
3. Insatt medicinering (Pravachol) mot högt kolesterol år 1999 och som fortgår för de sju kvinnor som deltar i utbildningsprogrammen.
4. Utbildning riktad till viktreducering där de 46 kvinnorna deltar.



Figur 12. Medelvärden LDL-kolesterol för kvinnor med BMI  $\geq$  30 som deltar i utbildningsprogram med två metoder riktade till viktreducering. Antal kvinnor som deltar vid ovanstående mättillfällen kan studeras i tabell 79. Mätningar genomförda år 1997-2001.

Det kan konstateras att för kvinnorna som kommer att ingå i Psykoedukativ metod har medelvärden LDL-kolesterol ökat vid mätningen år 1998 jämfört med mätningen år 1997, för att därefter sjunka vid mättillfällen efter utbildningen och sex månader senare. Vid mätningen 1 år efter avslutad utbildning återgår de i det närmaste till värden som uppmättes före utbildningen. För kvinnorna som kommer att ingå i Må Bra-cirkel ses en nedåtgående trend vid samtliga mätningar utom den sista, år 2001 då LDL-kolesterol även för den gruppen har ökat.

Vid mätningen år 2001, där endast 26 kvinnor av de inledningsvis 40 kvinnor som före utbildningen deltar med labresultat, har medelvärdet LDL-kolesterol ökat i samtliga tre grupper. Värdena LDL-kolesterol för hela gruppen kvinnor befinner sig då i stort sett på samma nivå som uppmättes inledningsvis år 1997. Man kan spåra en viss försämring för kvinnorna i gruppen Psykoedukativ metod och en viss förbättring av värdena för kvinnor som deltar i metod Må.bra-Cirkel vid jämförelse år 1997 med mätningen som genomförs år 2001.

Avgörande för resultaten av LDL-kolesterol i den senaste mätningen år 2001 kan vara det låga deltagandet (26 mätresultat mot tidigare 35 – 47) och vilka av kvinnorna som deltar. Nästan en femtedel av de som genomför provtagningen utgörs av gruppen kvinnor som medicinerar mot sina höga kolesterolvärden.



## BMI-medelvärden

Generellt kan ses en trend med viktökning i samtliga grupper från åren 1997 -1998 och fram till utbildningens start år 2000. Det är tydligast den i gruppen kvinnor som deltar i Psykoedukativ metod, Grupp 1. År 1997 ligger deras BMI-medelvärde på 32,85, och år 1998 uppgår det till 33,53. Vid mätningen som genomförs före kursstart uppgår medelvärdet BMI till 34,66. I Grupp 2. är trenden densamma, där BMI år 1997 uppgår till 35,82 och år 1998 har det ökat till 36,62. Inför kursstart år 2000 har det ökat ytterligare, då ligger medelvärdet BMI på 37,3. För kvinnorna som ingår i metod Må Bra-Cirkel Grupp 2. är trenden den motsatta. Där märks en viktneđgång inför kursstart med BMI 34,69 mot tidigare år 1997 med BMI 34,82 och år 1998 med ett BMI-värde 35,71. Den gruppen uppvisar en mer nedåtgående tendens än för de övriga.

Nedan redovisas uppnådda BMI-förändringar med resultat från varje grupp som ingår i respektive utbildningsmetod. Därefter redovisas avslutningsvis resultat med BMI-medelvärden från hela gruppen kvinnor som deltog i utbildningsprogrammen samt resultat från den grupp på 16 kvinnor som deltar i två interventioner, Dagboksförd motion år 1998 och utbildning riktad till viktreducering år 2000.

### Psykoedukativ metod

#### GRUPP 1.

BMI-medelvärdet för tolv kvinnor ligger inledningsvis före utbildningen på 34,66 och sänks till 31,15 för de tio kvinnor som deltar i mätningen efter avslutad utbildning. Sex månader senare deltar 10 kvinnor i mätningen och då sjunker medelvärdet BMI ytterligare till 30,26 för att därefter stiga något vid mätningen år 2001, 1 år efter utbildningen. Då ligger medelvärdet BMI på 31,25. Det är åtta kvinnor av tolv som deltar i denna mätning.

**BMI skillnad efter 1 år:** För åtta av tolv kvinnor sjunker medelvärdet BMI från 34,6 till 31,25. Det är en minskning med -3,35.

#### GRUPP 2.

Inledningsvis är medelvärdet BMI 37,3 för 7 kvinnor vid mätningen inför utbildningen start. Det är endast fem kvinnor som deltar i utbildningen. För dem uppgår BMI till 33,96 när utbildningen slutar. Det sänks ytterligare något sex månader senare till BMI 33,62. Ett år senare, år 2001 är det fyra av fem kvinnor som deltar i mätningen. BMI-medelvärdet har ej ökat i gruppen, utan ligger nu på 33,5.

**BMI-skillnad efter 1 år:** För fyra av sju kvinnor sjunker medelvärdet BMI från 37,3 till 33,5 vilket är en minskning med -3,80.

### Metod Må Bra-Cirkel

#### GRUPP 1.

BMI-medelvärdet är inledningsvis för 14 kvinnor 34,78 och sjunker till 34,26 för samma 14 kvinnor efter avslutad utbildning. Sex månader senare ökar BMI till 34,5 för de 14 kvinnor som deltar i mätningen. Ett år senare deltar elva kvinnor och deras BMI-medelvärdet har då ökat till 35,6.

**BMI-skillnad efter 1 år:** För de 14 kvinnor med ett medelvärde BMI 34,78 ökar det till 35,6 för den grupp på elva kvinnor som deltar i mätningen. Detta innebär en ökning av medelvärdet BMI med + 0,82.

#### GRUPP 2.

För de tretton kvinnor som deltar, är inledningsvis medelvärdet BMI 34,69. När utbildningen avslutas deltar endast sex kvinnor i mätningen. BMI-medelvärdet uppgår då till 31,98. Sex månader senare deltar elva av tretton kvinnor med BMI 34,46. Vid mätning ett år efter avslutad utbildning deltar åtta kvinnor och då har BMI sjunkit till 33,92.

**BMI-skillnad efter 1 år** För 13 kvinnor med BMI-medelvärde 34,69 sjunker detta för de åtta kvinnor som deltar till 33,92. Det innebär en minskning med - 0,77.

### Resultat för samtliga kvinnor som deltar i utbildningen

För de 46 kvinnor som deltar i utbildningen uppgår inledningsvis medelvärdet BMI till 35,11. Efter avslutad utbildningen deltar 35 kvinnor i mätningen. Då sjunker medelvärdet BMI till 32,94. Sex månader senare deltar 40 kvinnor i mätningen och BMI-medelvärdet sjunker ytterligare till 33,32. Vid mätningen år 2001, ett år senare då 31 kvinnor deltar, har deras BMI-medelvärde ökat något och uppgår till 33,77.

**BMI-skillnad efter 1 år:** För 46 kvinnor med BMI-medelvärde 35,11, sjunker det ett år senare då 31 kvinnor deltar. BMI uppgår till 33,77.

Detta innebär en minskning med - 1,34.

### *Finns mätbar skillnad av effekt i de två olika programmetoderna?*

Det går att se en skillnad avseende förändringar av kvinnornas BMI-medelvärden vid jämförelse av de två metoder som användes under utbildningen. Den största förändringen uppmättes för kvinnorna i Grupp 1 och Grupp 2, som deltar i programmet med den Psykoedukativa metoden, vid jämförelser för uppnådda resultat i program Må Bra Cirkel, ett år efter avslutad utbildning. Skillnader avseende BMI-medelvärde är störst omedelbart efter avslutad utbildning.

Vi ville också jämföra de båda metodernas resultat för båda kurstillfällena för att se om det kunde vara en slump att effekten skulle vara större för någon av metoderna. Men det går att se mätbara skillnader vid båda kurstillfällena, med ett större förändring av BMI för kvinnorna som deltar i program Psykoedukativ metod, och med längre kvarstående effekt på BMI. Ett år efter avslutad utbildning innebär det för Grupp1. att för åtta av tolv kvinnor ingår en minskning av medelvärdet BMI med 3,35 och för Grupp2. innebär det för fyra av sju kvinnor en minskning av BMI-medelvärdet med 3,80.

För metod Må Bra-Cirkel är förändringen av kvinnornas BMI mindre. För Grupp 1. innebär det att för elva av 14 kvinnor ett år efter utbildningen, ses en ökning av BMI-medelvärdet med + 0,82 och för Grupp 2. finns kvarstående viktnedgång med BMI-skillnad på - 0,77 för åtta av 13 kvinnor.

## *Kvinnor som deltar i två interventioner*

### **Utbildning riktad till viktreducering och Dagboksförd Motion**

Det är 16 av de 46 kvinnorna som deltar i utbildningen som tidigare, år 1998 även genomför Dagboksförd Motion. Sex av kvinnorna ingår i Psykoedukativ metod och tio kvinnor ingår i metod Må Bra-Cirkel. Nedan redovisas de 16 kvinnornas medelvärden avseende BMI och LDL-kolesterol för de olika mätperioderna (se tabell 80).

Tabell 80. Medelvärden BMI och LDL-kolesterol för 16 kvinnor med BMI  $\geq$  30 som deltar i utbildning riktad till viktreducering år 2000 och Dagboksförd Motion år 1998.

Mätvärden redovisas med antal kvinnor som deltar i mätningarna från perioden för Fältarbete år 1997, Dagboksförd Motion år 1998, Före och efter utbildning samt sex månader senare år 2000, samt ett år efter avslutad utbildning år 2001.

	ÅR 1997	ÅR 1998	FÖRE KURS	EFTER KURS	6 MÅN.EFTER	EFTER 1 ÅR
Antal värden	16	16	15	14	15	13
Medel BMI	32,82	32,69	32,02	30,73	30,83	31,03
Antal värden	12	16	12	14	13	12
Medel LDL	3,41	3,35	3,11	3,39	2,89	3,15

Avseende BMI-medelvärdet ses en nedåtgående tendens redan efter perioden med Dagboksförd Motion år 1998. Störst är förändringen på BMI omedelbart efter avslutad utbildning, då värdet sjunker med 2,09 enheter, jämfört med år 1997. Sex månader efter avslutad utbildning ses en liten ökning.. Ett år efter utbildningen kvarstår fortfarande en minskning av BMI vid jämförelse år 1997, men skillnaden har minskat något och är inte lika stor som omedelbart efter utbildningens slut. Minskningen är nu 1,79 mot 2,09.

LDL-kolesterol visar också en sjunkande tendens. Idealvärdet, under 3,0, uppnås sex månader efter avslutad utbildning för att på nytt öka något sex månader senare, till 3,15.

### **KONTROLLGRUPPEN KVINNOR MED BMI $\geq$ 30**

De kvinnor med BMI  $\geq$  30 som inte önskade delta i något utbildningsprogram utgör vår kontrollgrupp. Under perioden för Fältarbete år 1997 består den gruppen av 50 kvinnor. Till den efterföljande hälsoundersökningen, under perioden för Om-mätning år 1998, deltar 40 av de kvinnorna i undersökningen. Det är den gruppen kvinnor som därefter erhåller erbjudan men tackar nej till att delta i utbildning.

Ett 25-tal av dessa kvinnor har inte kvar sin anställning i barnomsorgen idag. Trots det inbjuds hela gruppen, 40 kvinnor, till en hälsoundersökning år 2001. Den genomförs i samband med 1-års uppföljningen av de kvinnor som deltagit i utbildning. Endast sju av kvinnorna från kontrollgruppen deltar i hälsoundersökningen (se sid. 140 tabell 81.).

## SAMMANFATTNING MED RISKBESKRIVNING

### *Övervikt som riskfaktor att utveckla diabetes*

Omkring 3-4 procent av den vuxna befolkningen har diabetes, varav cirka 80 procent har så kallad åldersdiabetes (typ2) och 15 procent ungdomsdiabetes (typ1). Diabetes är en vanlig folksjukdom och uppskattningsvis omkring 300 000 personer i Sverige är drabbade. Enligt statistik som är framtagen från enkätundersökningar, uppger knappt 5 procent av kvinnorna och drygt 6 procent av männen i åldrarna 45-84 år att de har diabetes.

Typ 2 diabetes uppkommer oftast efter 40 års ålder och är en sjukdom som delvis är ärftlig och delvis kan förbyggas genom fysisk aktivitet och näringsriktig mat. Övervikt anses vara en av riskfaktorena för att utveckla diabetes.

### **Metabola syndromet**

Det metabola syndromet definieras vanligen som att hos individen samtidig förekommer bukfetma, blodfetterubbnings, högt blodtryck och insulinresistens.

*Bukfetma* beror bland annat på ökad stress i kombination med ogynnsam livsstil och ärftliga orsaker. Det är stresshormoner som dirigerar fett till magen. I buk fett finns rikligt med mottagare för stresshormonet kortisol varför stressens påverkan blir särskilt stor just på magens fettansamling. En reservdepå av fett växer och tar form av en kulmage.

*Insulinresistens* är en annan viktig faktor som bygger upp bukfetma. Stress leder till ökad grad av insulinresistens, dvs. cellernas känslighet för insulin minskar. Insulin är ett hormon som behövs för att musklerna skall kunna ta upp socker från blodet. Socker ger musklerna energi. Då insulinet inte längre kan bidra till cellernas upptag av socker så ökar mängden socker i blodet. När insulinproduktionen inte räcker till för att hålla blodsockret på rimlig nivå utvecklas typ 2 diabetes.

Bukfetman bombarderar levern med fett som i sin tur leder till att *blodfetterna* ökar. Halten av det onda kolesterolet, LDL, stiger något och blir mer skadligt för åderförkalkning och triglyceridhalten stiger ännu mer. Halten av det goda kolesterolet, HDL, sjunker. Resultatet av dessa rubbningar kallas för och är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom.

(Källa: Folkhälsorapporten år 2001)

Enligt en stor svensk studie, med 5452 personer i åldrarna 45-70 år, där mer än 1300 kvinnor ingår och där den studerade gruppen insjuknade i hjärtinfarkt, där beskrivs en riskskattning som visar att diabetes är den starkaste enskilda riskfaktorn för kvinnor, den drygt femdubblar risken, att insjukna i hjärtinfarkt. Därefter kommer rökning, som drygt trefaldig risk för

blodsockernivå vid ett enstaka provtagningstillfälle, där cirka 20 procent av såväl kvinnor som män kommer att vara drabbade.

### *Blodsockernivåer hos riskgruppen kvinnor med BMI $\geq$ 30 som deltog i utbildning*

I projekt Hälsosam finner vi under perioden år 1997-2001 en grupp kvinnor med tidigare känd diabetes och en grupp kvinnor med höga blodsockervärden, med risk att utveckla diabetes. För riskgruppen kvinnor med BMI  $\geq$  30, där 54 kvinnor inledningsvis tackar ja att delta i utbildningsprogram riktade till viktreducering, uppvisar 26 av de kvinnorna (48,1 procent) vid något mättillfälle för hela mätperioden blodsockervärden som är förhöjda från 5,7 och högre. Av de kvinnorna är det 17 kvinnor (31,5 procent) med värden från 6,0 – 16,6. I den senare gruppen ingår elva kvinnor med nyupptäckt diabetes.

### *Blodsockernivåer hos kontrollgruppen kvinnor med BMI $\geq$ 30 som ej deltog i utbildning*

I kontrollgruppen identifieras år 1997 fem kvinnor med förhöjda blodsockervärden (blodsocker 5,7-5,9) och sju kvinnor med ökad risk att utveckla diabetes (blodsocker  $\geq$ 6,0). Den senare gruppen remitteras för fortsatt utredning av diabetes.

### *Diabetes en yrkesrisk ?*

Som påtalats ses en anmärkningsvärt stor andel kvinnor med risk att insjukna i diabetes typ 2. En betydande riskfaktor för diabetes utgör övervikt. Inledningsvis finner vi år 1997 i projekt Hälsosam drygt 30 procent med övervikt (BMI 25,0-29,9) och ytterligare en grupp, nästan 12 procent med fetma (BMI  $\geq$  30), tillsammans ingår mer än 500 kvinnor i de två grupperna. Insatser till den sistnämnda gruppen har genomförts under projektiden och för många av de kvinnor som deltar har det medfört värdefulla förändringar. Det finns ytterligare behov av insatser för att minska denna hälsorisk. Gruppen med övervikt (BMI 25,0-29,9) och deras blodsockervärden känner vi inte till idag.

Hur goda är möjligheterna att använda sin friskvårdstid under arbetstid?

Avslutningsvis följer i tabell 81. nedan en redovisning av kontrollgruppens mätvärden för år 1997 och 1998. I redovisningen ingår alla fysiologiska mätvariabler, medicinkonsumtion, rökning, motion samt kolesterol, antal kvinnor som deltar i mätningen (= N), medelvärden, högsta och lägsta värde, samt vid några tillfällen med procent. I kolumn 5 delges annan information.

TABELL 81. KONTROLLGRUPPENS MÄTVÄRDEN ÅR 1997 OCH 1998	MEDELVÄRDE	HÖGSTA VÄRDE	LÄGSTA VÄRDE	ANNAN INFORMATION
Självskattad Hälsa (SRH 1-7)	3,2	(SRH 5-7) 12,7 %	(SRH 1-3) 50,9 %	(SRH 4) 36,1%
År 1998 Självskattad Hälsa (SRH 1-7)	N= 40 3,3	Dålig Hälsa (SRH 5-7) 17,5 %	God Hälsa (SRH 1-3) 70 %	Mindre God Hälsa (SRH 4) 12,5 %
År 1997 Totalkolesterol (LIPOTREND)	N= 55 4,73	7,4	2,6	2 kvinnor överskrider takvärde 6,4 totalkolesterol
År 1997 LDL-kolesterol	N= 34 / 55 3,27			
År 1998 LDL-kolesterol	N= 24 / 40 3,39			
År 1997 BMI	N=55 33,26			Viktmedelvärde 89,93 kg.
År 1998 BMI	N= 39 33,33			Viktmedelvärde 89,41 kg.
År 1997 Midjemått	N=55 101,02 cm			92,7 % av kvinnorna midjemått $\geq$ 88 cm.
År 1998 Midjemått	N= 39 98,73 cm.			94,9 % av kvinnorna midjemått $\geq$ 88 cm.
År 1997 Midja/ höft index	N=55 0,85			
År 1998 Midja/höft index	N= 39 0,83			
År 1997 ASD ABDOMINELL SAGITTAL DIAMETER	N= 55 22,28			
År 1998 ASD ABDOMINELL SAGITTAL DIAMETER	N= 38 21,65			
År 1997 ASD / Längd	N= 55 13,55			
År 1998 ASD / Längd	N= 38 13,25			
År 1997 Systoliskt blodtryck	N= 54 123,4	175 mmHg	95 mmHg	10 kvinnor med förhöjt värde
År 1997 Diastoliskt blodtryck	N= 54 72,11	110 mmHg	54 mmHg	6 kvinnor med förhöjt värde
År 1998 Systoliskt blodtryck	N= 40 123,4	180 mmHg	100 mmHg	5 kvinnor med förhöjt värde
År 1998 Diastoliskt blodtryck	N= 40 72,8	120 mmHg	58 mm Hg	3 kvinnor med förhöjt värde
År 1997 PULS	N= 55 72,36 slag/min	88 slag/ minut	54 slag/ minut	4 kvinnor med 88 slag /min.
År 1998 PULS	N= 40 73,46 slag/min.	88 slag/ minut	56 slag/ minut	5 kvinnor med 88 slag/min
År 1997 Rökning	N= 54 Rökare 20 4%	Före detta rökare 41,8 %		
År 1998 Rökning	N= 40 Rökare 17.5 %	Före detta rökare 45 %		
År 1997 Regelbunden medicinering	N= 55 43,6 %			
År 1997 Regelbund. motion 30 min./vecka	N= 55 2,20 tillfall/vecka			
År 1998 Regelbund. motion 30 min./vecka	N= 40 2,25 tillfall/vecka			

5 kvinnor i kontrollgruppen deltar i Dagboksförd Motion 1998.

# HÄLSOSAM ÅR1999-2001

DISKUSSION	141
SAMMANFATTNING	147
RESULTAT	148-153
BILAGOR	1 och 5
LITTERATURÖVERSIKT	154-157

## DISKUSSION

### INLEDNING

I den avslutande delen av projektet har avsaknad av pengar medfört att dokumentet om Hälsosam inte helt har kunnat slutföras. Så är till exempel resultat från Enkät 3 som lämnades till gruppen kvinnor med övervikt, som deltar i utbildningsprogram ännu inte analyserade. Detsamma gäller för Enkät 2B, som riktar sig till kvinnor som medicinerar med lipidsänkande läkemedel (pravastatin) på grund av höga LDL-kolesterol. Enkäten lämnades till kvinnorna i samband med 1-års uppföljning med läkarbesök hos projektledaren år 2000. Dessutom ingår bortfall av Självskattad Hälsa i redovisningen. Tabell 79 sid 132 DEL 5.

Föreliggande skall ses som ett arbetspapper med dokumentation av data som kommer fram under Hälsosams projekttid, år 1997-2001. Materialet är omfattande, vilket medfört stor tidsåtgång att slutföra dokumentationen.

Arbetsgivaren, Huddinge kommun, har framförallt uttalat intresse att ta del av frågor som berör arbetsmiljön för kvinnorna i barnomsorgen. Vi menar det vara viktigt för helheten, att ge den yrkesgrupp kvinnor som deltar i Hälsosam, en egen profil och inte enbart en beskrivning av deras arbetsmiljö. Därför ingår också en redovisning av en del bakgrundsfaktorer.

Vi har upplevt stort intresse från kvinnorna att få delta i projekt Hälsosam, med ett högt deltagande. Möjligen beroende på att vi under den inledande fasen lade ner stor möda och tid på förberedelser. Med personliga besök vid alla förskolor, skolor och på fritids under våren 1997 (april - juni). Det är en grannliga uppgift att förvalta och förmedla all information som lämnats till oss från denna stora yrkesgrupp kvinnor. Både det som visat sig i svar inhämtade från enkätmaterial, men också all muntlig information som lämnas vid personliga kontakter under de här åren.

### **Fem risker för ohälsa framträder tidigt**

1. Tidspress (med alltför många barn att ansvara för)
2. Otrygg anställning för vikarieanställd personal
3. Risk för utbrändhet
4. Hur många kvinnor uppnår pensionsåldern?
5. Övervikt

### *TIDSPRESS OCH RISK FÖR UTBRÄNDHET*

Resultaten i vår undersökning pekar entydigt på en ökad tidspress bland kvinnorna. De flesta kvinnor anser att på grund av arbetsförändring och omorganisation (71 procent) på arbetsplatserna senaste tolv månader och vid två mättillfällen år 1997 och 1998, har



arbetsbelastningen (drygt 55 procent) och tidspressen (40 procent) ökat. Flertalet kvinnor (nästan 52 procent) anser att arbetet kräver en alltför stor arbetsinsats av dem. De menar dessutom att det förekommer motstridiga krav i deras arbete (53 procent) samt att det förekommer konflikter (22 procent) och det är inte ofta man får uppskattning för sina arbetsinsatser av överordnade (22 procent upplever sådan uppskattning).

Inledningsvis framkommer tidigt tecken på *tidspress* hos kvinnorna i samband med den personliga kontakten ute på Fältarbetet, vilket även senare bekräftas i svar från enkätmaterialen. Irriterade, oroliga och arga kommentarer över detta tillstånd i arbetsmiljön dag efter dag;

*”-att inte känna sig vara i stånd att arbeta med det man utbildats för, ett pedagogisk arbete tillsammans med barnen. Nu finns bara tid för att se till att alla barn får sin mat och sina skor på sig och annat som är absolut nödvändigt. Ute på gården med barnen är det mest viktigt att räkna dem (1,2,3,4,...) för att se att alla finns kvar när man skall gå in igen.”*  
(Beskriver en förskollärare).

Det är många av kvinnorna som anser sig ha en *alltför stor arbetsbörda* med för stora barngrupper och för få anställda att ta hand om barnen på ett meningsfullt sätt. Detta föranleder att man upplever en viss avsaknad av kontroll och ibland en känsla av uppgivenhet. Tröttsam är också ljudnivån bland så många barn.

Alltefter som tiden förflyter med Hälsosam märks bland kvinnorna en uppgivenhet över detta tillstånd. En sorts apati. En vanlig kommentar är:

*” Trots allt är det roligt att arbeta med barn, och vore det inte för dem, så skulle jag slutat för länge sedan. Men jag undrar ändå vart det skall bära iväg med barnen och oss. Det är ingen som bryr sig, eller tar ansvar för den här frågan!”*  
(Beskriver oftast Dagbarnvårdare, Barnskötare och Lärare)

Tendensen har snarare ökat under senare delen av projektet. Tydligast framkommer det vid personliga samtal. Men kan också uppfattas när man studerar kvinnorna vid personligt besök ute på arbetsplatsen. Det känns närmast frustrerande att betrakta en barngrupp på 8-10 barn, mellan 3-4 år, där en ensam förskollärare gör sitt bästa för att klara av att baka riktiga, gröna trollkakor med barnen, samtidigt som hon uttrycker stress och ursäktar sig att hon inte kan hjälpa mig, när jag vid ett besök där, ber att få låna ett av borden för min undersökning. Vem har inte förståelse för en sådan situation?

I projekt Hälsosam har vi inte haft något instrument att mäta utbrändhet. Men här framkommer tydliga incitament att risken är uppenbar, dessutom risk för andra ohälsfrågor. En ny studie pekar på risken att insjukna i diabetes, om man övertid drabbas av psykosocial stress. Högt blodtryck och ökade blodfetter samt depressioner är andra risker som tillskrivs ovanstående arbetsmiljöfaktorer.

### *OTRYGG ANSTÄLLNING OCH RISK FÖR UTBRÄNDHET*

Bland kvinnor som är vikarieanställda framförs besvikelse och oro över att trots det faktum, att man arbetet i barnomsorgen under många år, ändå inte lyckas med att få fast anställning. Kvinnorna kunde ha varit en mycket lång tid på samma ställe, men detta till trots endast med tillfällig anställning. Därutöver en osäkerhet att få vara kvar på det ställe man trivs, för att i

stället flyttas till annan arbetsplats. Man måste också vara extra vaksam i sin kontakt med sin överordnade i sitt agerande, men även hålla sig väl med sina arbetskamrater, för att få stanna kvar.

Att inte känna sig behövd, men ändå gå till sitt arbete dag efter dag och dessutom känna sig otrygg, har gång på gång framförts till oss under den första tiden med Hälsosam. Nya regler gällande vikarieanställning tillkommer över tid i projektet och har därför minskat risken. Siffror från senaste mätning beträffande anställningsform visar ändå en ökning (drygt 7 procent) av vikarie- och andra inte fasta anställningsformer sedan mätningen år 1997. Men i den beskrivna arbetssituationen föreligger risk för utbrändhet och depression bland de kvinnorna.

### *HUR MÅNGA KVINNOR UPPNÅR PENSIONSÅLDER?*

Ett flertal av de äldre kvinnorna undrar med oro, hur många i yrkesgruppen som orkar med sitt arbete i barnomsorgen, med barn i stora grupper, fram till sin ålderspensionering?

Åtskilliga av de kvinnorna uttrycker misstro att kunna klara av det.

Vi som har uppnått farmor-mormorsålder (efter 60) vet ju hur härligt och kul det är att träffa våra barnbarn! Men att vi efter några timmar med dem, känner att vi inte riktigt orkar med i deras tempo, eller att lyssna på alla deras frågor, speciellt om man är tillsammans med två av dem samtidigt?

Det naturliga åldrandet innebär olika fenomen. Äldre kan lika bra som tidigare, men det som skall utföras tar allt längre tid i anspråk. Dessutom påverkas man som äldre mer ogynnsamt av stress, att vara tvungen att skynda sig. Ljudnivåer kan t.ex också vara en sådan stressfaktor. (Odén B., Svanberg A., Tornstam L. 1993). Att ha hand om många barn kan vara stressande av dessa skäl. Det kanske är frågor som få arbetsgivare funderar över? Vilket är arbetsgivarens medansvar för insatser i arbetsmiljön, så att kvinnorna kan klara av ett helt arbetsliv i sin yrkesutövning?

### *ÖVERVIKT BLAND KVINNORNA*

Under perioden för Fältarbete framför ett flertal kvinnor önskemål att få hjälp för sin övervikt. Ett hundratal kvinnor med BMI  $\geq 30$  erbjuds sådan hjälp i två utbildningsprogram, riktade till viktreducering. Utbildningen omfattar tio tillfällen, på betald arbetstid, sanktionerad av arbetsgivaren. Ett femtiotal kvinnor deltar och följs upp efter avslutad utbildning, och med sex-månadersintervall fram till 1½ år efter avslutad utbildning.

För att se om det föreligger en överrepresentation av övervikt bland kvinnorna i Hälsosam görs följande jämförelse med två studier där kvinnor ingår.

1. Under 1992-1993 genomförs en populationsbaserad screening avseende vikt och bukfetma som en del i ett primärpreventivt projekt avseende typ 2 diabetes i Kinda kommun, där 10 573 individer, 20 år och äldre deltar, och där 3 511 kvinnor ingår. Man finner där att 32 procent av kvinnorna är överviktiga (BMI 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) och 17 procent är feta (BMI  $\geq 30$ ). 22,7 procent av kvinnorna med midjemåttet 80,0-87,9 centimeter och 27,2 procent av kvinnorna med ett midjemått  $\geq 88$  centimeter. Ökad risk att insjukna i typ 2 diabetes föreligger för kvinnor med midjemåttet 80-87,9 centimeter

och risken ökar påtagligt för de kvinnor som har ett midjemått på 88 centimeter eller mer (Falkenberg M. 2001).

2. I Stockholms läns Kvinnohälsorapport 1996:7. Kvinnors Övervikt och Fetma.  
”Medelvikten bland innevånarna i Stockholm har ökat, liksom den gjort för hela riket. Av Stockholms kvinnor var 1990 36 procent överviktiga och av dessa hade 8 procent fetma. Motsvarande siffror för 1994 var 38 procent överviktiga och 9 procent kvinnor med fetma. Risken för åldersdiabetes ökar med fetma. 1994 uppgav 1,5 procent av Stockholms kvinnor att de hade diabetes. Bland normalviktiga hade 1 procent diabetes, bland överviktiga 2 procent och bland feta hade 4 procent av kvinnorna diabetes”.

### *Hur fördelar sig övervikt, fetma, midjemått och diabetes bland kvinnor i Hälsosam?*

Vid mätningen år 1997 där 1157 kvinnor deltar ses 500 kvinnor (43,2 procent) med någon grad av övervikt. När den gruppen indelas i olika riskklasser, BMI 25,0-29,9 definierade som överviktiga, samt BMI  $\geq 30$  definierade som feta, ses att 31,3 procent är överviktiga och 11,7 procent av kvinnorna är feta.

Avseende riskfaktorer med midjemått och typ 2 diabetes är fördelningen midjemått för 1142 kvinnor (där 18 kvinnor exkluderas med anledning av graviditet) att de som har midjemått under 80 centimeter, ingår 42,7 procent. Kvinnor med midjemått 80-87,9 centimeter ingår 27 procent och kvinnor med midjemåttet > 88 centimeter ingår 30,3 procent av kvinnorna.

Vid jämförelser med ovanstående två refererade undersökningar kan konstateras att det i Kindaundersökningen är något fler kvinnor som är överviktiga och feta. Däremot vid jämförelser med midjemått kan ses att omvända förhållandet råder. Det är fler bland kvinnorna i Hälsosam med midjemåttet 80-87,9 centimeter och med midjemått  $\geq 88$  centimeter än bland kvinnorna i Kindaundersökningen.

Man kan också konstatera att i båda Stockholmsundersökningarna det där är fler överviktiga kvinnor än i Hälsosam. Däremot är gruppen kvinnor med fetma fler i Hälsosam. För den gruppen kvinnor föreligger således en överrisk att drabbas av typ 2 diabetes. I den riskgruppen fann vi ett 25-tal kvinnor med diabetes. Gruppen kvinnor med övervikt utgör inte heller någon försumbar risk. Men den är inte undersökt om förekomst av diabetes.

### *ANDRA ARBETSMILJÖRISKER*

Det är viktigt att hålla i minnet att det finns stora olikheter mellan yrkesgrupperna, om vilka deras arbetsmiljöproblem är och hur de uppfattas. Det framstår tydligt när man studerar varje fråga enskilt och måste nu ges speciell uppmärksamhet (se tabell 73 sid 101-104). De kommer inte här att diskuteras ytterligare utöver ett fåtal frågor som redovisas nedan.

Bland kvinnorna i gruppen Kokerska / Skolmåltidsbiträde påtalades den tunga arbetsmiljön med ibland otillräckliga arbetsredskap. Ett vanligt arbetsproblem var påpekanden och oro över dålig ventilation och mögelförekomst i arbetslokaler.

Ovanstående frågor har vi inte kunnat mäta, då sådana mätinstrument saknats i Hälsosam. Men frågorna bör ändå rapporteras av oss, som tagit emot dem.

### **Våld och hot om våld i arbetet**

Det förekommer inte våld eller hot om våld i någon stor omfattning ( 1,3 procent) för kvinnor som arbetar i barnomsorgen. Men två yrkesgrupper är mer drabbade och det förekommer oftare bland Barnskötare (5 procent) och Lärare (3,7 procent). Rapporteringen från de yrkesgrupperna är högre år 1997 (11,6 respektive 12,6 procent) än för år 1998.

Enligt Folkhälsorapport år 2001

*” är förekomsten att 1997 anmäldes cirka 2 500 arbetsskador som orsakats av våld eller hot om våld, vilket var en ökning med 13 procent från 1995. De flesta anmälningarna gäller kvinnor (70 procent). Många anmälningar kommer från kvinnodominerade näringsgrenar som ”hälso-och sjukvård ” (22 procent), ”äldre-och handikappomsorg” (15 procent) och ”omsorg för psykiskt utvecklingsstörda” (13 procent). Den senare gruppen är den mest utsatta i förhållandet till antal sysselsatta, och de som arbetar i kollektivtrafik är näst mest utsatta.*

*Med utgångspunkt från 1997 års anmälningar löper 25-34 åringar störst risk att utsättas för våld och hot om våld. I 1999 års arbetsmiljöundersökning angav 17 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de varit utsatta, vilket utgör en liten ökning jämfört med 1995 och 1997 års undersökningar. Bland kvinnor är de mest utsatta yrkena ”skötare, vårdare” (65 procent) ”socialsekreterare och kuratorer” (49 procent)”.*

Det finns anledning att närmare undersöka bakomliggande orsaker om våld och hot om våld i arbetsituationen för att nedbringa risken, framför allt för Barnskötare och Lärare. Utöver fysiska skador är känslan av kränkning och intrång i den egna integriteten något som kan orsaka påtagligt lidande och känsla av vanmakt.

### **Risker för mobbning**

Redovisningen att det förekommer utfrysning i någon omfattning, utlösta både från överordnade (cirka 17 procent) och arbetskamrater (cirka 15 procent) kan ha många bakomliggande orsaker. Särskilt i perioder av neddragningar och risk för arbetslöshet. Det innehåller inslag av mobbning och bör ges stor uppmärksamhet att komma till rätta med sådana arbetsmiljöproblem. Den som drabbas upplever stor förödmjukelse och frustration.

### **”Stökiga arbetsplatser”**

Att drygt 30 procent av de anställda uppger att de inte kan uppleva en lugn och behaglig stämning på sin arbetsplats är alarmerande. Det innebär problem för både anställda och barnen som vistas där. Kan det betyda att alltför många måste vistas tillsammans i samma utrymme samtidigt, och att alltför få skall hantera situationer när det inte är lugnt och behagligt?

### **Andra hälsorisker**

Andelen kvinnor som anser att de har en dålig hälsa (SRH 5-7) har ökat från mätningen år 1997 (12 procent) till 1998 (18 procent) vilket pekar på att 6 procent fler kvinnor upplever sig ha en dålig hälsa. Även i gruppen som tidigare ansett sig ha en god hälsa (SRH 1-3), har en minskning skett, från tidigare 63 procent till nuvarande 59 procent kvinnor med god hälsa. Ett annat tecken till ohälsa kan rapportering om sömnstörning innebära (46 procent). Där drygt 19 procent av kvinnorna uppger att det varit ett påtagligt lidande samt att 27 procent anser att besvären medfört att de fungerat sämre.

En mindre grupp kvinnor (1997 2,8 procent, 1998 3,1 procent) rapporterar om depression.

Låg kontroll över arbetet, vilket är vanligast bland kvinnor, har visat sig ha samband med depression (Lennon MC 1995). Förluster såsom vid dödsfall och andra stora livskriser ökar risken att utveckla depression och ångest. De kriser som har störst inverkan är där man upplever förödmjukelser eller vanmakt (Brown GW m.fl. 1994, 1995). Psykisk ohälsa medför 8 miljarder i årliga kostnader i Stockholm län (Stockholms läns kvinnohälsorapport, kapitel 6 1997:11). Förebyggande insatser för att nedbringa onödigt lidande torde vara i allas intresse.

En tydlig trend i svenskt arbetsliv under senaste decenniet är ökningen av den arbetsrealiterade stressen och de ökade kraven i arbetet. Det är alltmer vanligt i många arbetsgrupper att man ständigt upplever sig ha svårt att hinna med sina arbetsuppgifter och har svårigheter med att koppla av på fritiden. Det finns idag långt gående planer från regeringen att komma till rätta med arbetsmiljöer som tros åstadkomma hälsoproblem bland anställda, varför den nu föreslagit ett 11-punktsprogram för att nedbringa riskerna för ohälsa och sjukskrivningar, och att man bland annat avser att strama åt arbetsmiljölagen.

Avslutningsvis bör också nämnas att utöver påfrestningar i arbetsmiljön ingår också andra påkänningar i några av kvinnornas privatliv, vilket redogjorts för tidigare. Några innehåller glädjeämnen, andra innehåller påfrestningar som man också behöver energi för att klara av. Skilsmässor, problem med barnen som blir mobbade i skolan eller utsatta för brott. Några kvinnor blir misshandlade, andra förlorar sitt barn, make eller nära vänner eller blir själva utsatta för brott. Några kvinnor står under året utan bostad eller har det svårt att få ekonomin att gå ihop.

Min förhärskande uppfattning om kvinnan som jobbar i barnomsorgen i Huddinge kommun, oavsett yrkestillhörighet är, att hon utöver sin yrkeskompetens är i hög grad kreativ, positiv, vetgirig, tålmodig, ambitiös, uppfinningsrik, empatisk, tusenkonstnär och tålmodig. Ja, –tålmodig!

En förhoppning är att insatser att förändra arbetsmiljön för kvinnor som arbetar i barnomsorgen skall följa efter redovisningen av Hälsosam, samt fortsatt uppföljning av hälsoläget i yrkesgruppen.

Här följer avslutningsvis ett påpekande om brister i våra frågeinstrument, till exempel i frågor där förändringar efterfrågas med svarsalternativen: Ökad, Oförändrad, Minskad. Vad anser de som svarar att något är oförändrat? Kanske svaret: Oförändrad, innebär att det tidigare inte varit bra. Frågor i det avseendet måste anses vara ofullständigt ställda. Dess bättre var de inte så många!

*En avslutande fråga* är om instrumentet Självs kattad Hälsa 1-7 skulle kunna användas som instrument att screena individer med psykisk ohälsa/psykisk störning i stora grupper? I Hälsosam har vi funnit att det väl överensstämmer med kvinnor som identifieras med depression. Flertalet av de kvinnorna skattar sin hälsa SRH 5-7.

## SAMMANFATTNING

### **BAKGRUND**

Den politiska majoriteten i Huddinge kommun beslutade år 1995 att verka för tidiga rehabiliteringsinsatser för de anställda. År 1994 fanns i kommunen drygt 4000 anställda varav 83 procent var kvinnor. I barnomsorgen arbetade nästan 1300 personer, i huvudsak kvinnor. Aktuell forskning visade att de som arbetar inom barnomsorgen var en utsatt grupp, då någon kartläggning av de anställdas hälsa eller förekomst av riskfaktorer tidigare ej blivit utförd. Därför beslutades i arbetsmiljökommittén att göra en riktad hälsoundersökning till den yrkesgruppen. Uppdraget gavs till kommunens dåvarande företagsläkare Carl-Erik Håkanson och projektets rådgivare, professor Tore Hällström, FoUU-enheten för psykiatri, Huddinge Universitetssjukhus.

### **PROJEKT HÄLSOSAM**

Projektet hälsosam inleds år 1997 och avslutas år 2001. Det beskriver hälsoläget och arbetsmiljön hos en stor yrkesgrupp, 1162 kvinnor som arbetar inom barnomsorgen i Huddinge kommun. Här ingår alla yrkesgrupper som arbetar med barn i förskoleåldern, på kommunens förskolor, skolor och på fritids.

### **SYFTE**

Syftet med undersökningen har varit fyrfaldigt. En beskrivande del redogör för kvinnornas levnadssituation, påfrestningar, socialt stöd och krav, både i arbetet och på fritiden. Dessutom beskrivs förekomst av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom samt förekomst av psykisk ohälsa, framför allt depression. En analytisk del beskriver samband mellan faktorer i levnadssituationen, psykisk ohälsa och traditionella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom. En internativ del studerar effekter av enkel kostinformation riktad till hela gruppen kvinnor och kvinnor till två riskgrupper med kolesterolvärden (LDL-kolesterol 4,5 och högre) och fetma (BMI 30 och högre). Avslutningsvis tilläggsinterventioner till dessa riskgrupper med erbjudande om medikamentell terapi (Pravastatiner) samt utbildning riktad till viktreducering. Det fjärde syftet avsågs utgöra en utvecklingsfas, för att om möjligt åstadkomma en effektivisering och utveckling av folkhälsan.

### **METOD**

Ett *Fältarbete* inleder undersökningen år 1997 med uppsökande verksamhet på arbetsplatserna, med personlig hälsoundersökning av 1162 kvinnor. *Intervention 1. Kostinformation*, inleds samtidigt. År 1997 besvarar 1031 kvinnor en omfattande enkät med frågor om hälsa och arbetsmiljö, samt Mat-Mätaren, en enkät om fiber- och fettförekomst i maten. Därefter genomförs *Intervention 2. Dagboksförd Motion* till två riskgrupper beskrivna ovan.

Enkätfrågorna lämnas på nytt år 1998 till samma population, och de besvaras då av 888 kvinnor. Därefter inleds år 1999 *Intervention 3. Medikamentell behandling med pravastatiner*, riktad till riskgruppen kvinnor med LDL-kolesterol 4,5 och högre. Den gruppen följdes under två år. År 2000 inleds *Intervention 4. Utbildningsprogram riktade till viktreducering* för kvinnor med BMI 30 och högre. Efterföljande undersökningar: före och efter kurs, efter sex månader, efter ett år samt slutligen efter 1½ år. Samtidigt besvaras uppföljande enkäter, samt genomförs omfattande blodprovstagning.

## RESULTAT

### *Sociala faktorer*

Kvinnorna representeras av 31 *nationer*, varav 82,4 procent är födda i Sverige. *Medelåldern* ligger år 1997 på 41 år, den yngsta kvinnan är 19 år och den äldsta är 64 år. *Utbildningsnivå*: 50 procent av kvinnorna har utbildning från fackskola/ yrkesskola och drygt 15 procent har realskoleexamen. Mer än 31 procent ingår med gymnasieskola och 25 procent har två-årig eftergymnasial utbildning. Nästan 17 procent av kvinnorna har universitetsstudier, alternativt högskoleexamen.

Tio procent av kvinnorna är ensamstående med barn och nästan 20 procent har barn under skolåldern. Nästan 12 procent av kvinnorna uppger *egen sjukdom/ olycksfall*. Det är tre procent av kvinnorna som blivit *uppsagda eller varslade*. I större utsträckning händer detta Barnskötare vid båda mättillfällena (år 1997, 6,6 procent, år 1998, 3,3 procent), därefter händer det Chefer (år 1997, 6 procent och år 1998, 1,9 procent). Det är flera kvinnor som lever med *någon i familjen som blivit arbetslös* under senaste året. Mest drabbas Lokalvårdare båda åren (16,7 procent år 1997 och 15,8 procent år 1998) och Barnskötare (10,4 procent år 1997 och 6,4 procent år 1998). Nästan en fjärdedel av kvinnorna uppger *försämrade ekonomi*. Mest drabbade är de två yrkesgrupper som lever med någon som varit arbetslös senaste 12 månader.

### *Arbetsmiljöfaktorer år 1997*

Arbetet i barnomsorgen kräver ofta *stor yrkesskicklighet* (63 procent) och *påhittighet* (82,8 procent), dessutom krävs att man ofta eller ibland behöver *arbeta fort och hårt*, det rapporteras från kvinnorna (drygt 75 procent) vid båda mättillfällena år 1997 och 1998. Flertalet kvinnor anser att deras arbete ofta (20,7 procent) eller ibland (51,7 procent) kräver en *alltför stor arbetsinsats* av dem. Det är 40 procent av kvinnorna som anser att de sällan eller så gott som aldrig har *tillräckligt med tid* att hinna med sina arbetsuppgifter. Dessutom upplever många kvinnor (54,4 procent) att arbetet är *repetitivt*. De måste göra om samma saker om och om igen. Framför allt upplevs det bland Lokalvårdare och Dagbarnvårdare vid båda mättillfällena.

I arbetssituationen förekommer ofta (9,9 procent) eller ibland (42,9 procent) *motstridiga krav*, det anser nästan 53 procent av kvinnorna. Det förekommer *konflikter* på arbetsplatsen, det anser drygt 22 procent. Om det rapporterar framför allt Dagbarnvårdare (26,9), Lärare (25,7 procent), Barnskötare (21,9 procent) och Chefer (21 procent). I mindre omfattning rapporterar Kokerska/ Skolmåltidsbiträde (10,6 procent) och Lokalvårdare (12,5 procent) om konflikter. På frågan om *stämningen är lugn och behaglig* på arbetsplatsen, finns en grupp kvinnor (30,9 procent) som inte håller med om det (stämmer inte särskilt bra/ stämmer inte alls). Framför allt gäller detta för kvinnorna i yrkesgrupperna Kokerska / Skolmåltidsbiträde, Barnskötare och Lokalvårdare. I viss mån även bland Lärare. *Våld och hot om våld* i arbetssituationen upplevs mest bland Barnskötare (5 procent) och Lärare (3,7 procent).

### *Jämförelser år 1997 och 1998*

Drygt 71 procent rapporterar år 1998 att det skett *omorganisation* på arbetsplatsen senaste tolv månader, liksom vid mätningen år 1997, och på grund av denna upplever mer än 55 procent av kvinnorna att *arbetsbelastningen ökat* och därmed även *tidspressen* (drygt 40 procent). Merparten kvinnor (72 procent) uppger olika grad av *overtidsarbete*, och flertalet medger att det är sällan man själv kan bestämma när man skall arbeta över. Yrkesgruppen Lokalvårdare, som i princip inte alls arbetar övertid (inte övertid = 70,4 procent) år 1997, har nu i större omfattning börjat arbeta över (inte övertid = 38,9 procent). Att möjligheten att *få stöd och uppbackning*, när man behöver det i arbetet, anser drygt 12 procent av kvinnorna att

den minskat, medan drygt 15 procent att den har ökat. När det gäller *inflytande och kontroll* över det egna arbetet, är det ett fåtal kvinnor som anser att det minskat (6,3 procent), och en något större grupp menar att inflytande och kontroll över egna arbetet har ökat (16,8 procent). Vad gruppen som svarar att den är oförändrad, och hur de ser på frågan om inflytande och kontroll vid frågetillfället, det vet vi inte något om.

Endast en mindre grupp bland kvinnorna (25,1 procent) uppger att de ofta har möjlighet att *utvecklas / lära sig nya saker i arbetet*. Fördelningen av utvecklingsmöjligheter mellan de olika yrkesgrupperna är dessutom ojämlig. Bästa förutsättningar finns för Chefer. Att *få uppskattning för sina arbetsinsatser* av överordnade, är det endast drygt 20 procent av kvinnorna som upplever i hög grad, av sina arbetskamrater 24,4 procent, och av barn och föräldrar 39,2 procent. De flesta kvinnor (drygt 93 procent) *trivs bra med sina arbetskamrater* (stämmer helt och hållet/ stämmer ganska bra) och de flesta (drygt 91 procent) menar att de *kommer bra överens med sina överordnade*, dessutom anser de flesta att *sammanhållningen är god* (drygt 93 procent).

Många i yrkesgruppen (nästan 34 procent) uppger att det i hög grad finns en stark *samhörighet med arbetskamraterna*, flertalet (nästan 52 procent) anser det i viss mån, endast sex procent av kvinnorna anser inte att det gör det i någon stor utsträckning. Bäst råder känsla av samhörighet med arbetskamraterna bland Dagbarnvårdare. Drygt 24 procent av kvinnorna uppger att de fått *ökat ansvar* i arbetet, framför allt Chefer (drygt 56 procent). I mindre omfattning beskrivs detta av Lokalvårdare (drygt 11 procent) och Dagbarnvårdare (drygt 13 procent), Bland kvinnor som uppger att de fått ökat ansvar, upplevs detta varierande. Men flertalet uppger att detta varit positivt. De flesta kvinnor (drygt 64 till 80 procent) anser att deras arbete mycket väl *överensstämmer med deras kunskap och färdigheter*. Det är mycket få som anser att arbetskraven är lägre än kunskaperna, undantag är Lokalvårdare och Dagbarnvårdare.

#### ***Skyddande faktorer i arbetsmiljön:***

Det kan vara skyddande att många kvinnor ofta upplever *frihet att bestämma HUR* (52,7 procent) och *VAD* (40,7 procent) som skall göras i deras arbete. Även här finns många olikheter mellan yrkesgrupperna. Några, tex Barnskötare, upplever den friheten i mindre grad i båda avseenden.

#### ***Anställningstrygghet***

Upplevs olika bland kvinnorna i barnomsorgen, 5,3 procent uppger att den minskat och 11,4 procent att den ökat. Det är fler Barnskötare (17,2 procent år 1997 och 8,5 procent år 1998) som vid båda mättillfällena uppger att anställningstryggheten minskat. Mest anser Dagbarnvårdare att den ökat vid båda mättillfällena (drygt 40 procent). När det gäller möjligheter att *förena yrkesarbetet med privatlivet* menar fler att den minskat (11,5 procent) än att har ökat (4,6 procent). Fler Chefer (18,9 procent) än i de övriga yrkesgrupperna anser att den minskat.



### **Hälsofrågor**

Under perioden för Fältarbete, september-november år 1997 identifieras en grupp kvinnor med olika sjukdomar med behov av insatser (struma, högt blodtryck, diabetes, allvarlig blodbrist samt tumörsjukdom) de erhåller nödvändiga, akuta insatser. Dessutom *identifieras två riskgrupper med ökad risk för hjärt- kärlsjukdom*, 50 kvinnor med höga kolesterolvärden (IDL-kolesterol 4,5 och högre) och 136 kvinnor med fetma (BMI 30 och högre). Till de grupperna riktas olika interventioner för att försöka nedbringa risken,

### **Självskattad Hälsa (SRH 1-7)**

Vid två tillfällen år 1997 och 1998 efterfrågas i hela yrkesgruppen graden av Självskattad Hälsa 1-7 (SRH 1-7). Ett index fördelar därefter skattningen med olika grad av hälsa. SRH 1-3 innebär att hälsan är god. SRH 4 innebär mindre god hälsa och SRH 5-7 innebär att den tillfrågade menar att hälsan är dålig. År 1997 anser nästan 63 procent av kvinnorna att hälsan är god, nästan 25 procent att hälsan är mindre god och 12 procent menar att deras hälsa är dålig. År 1998 uppger nästan 59 procent av kvinnorna att hälsan är god, drygt 23 procent att den är mindre god och 18 procent uppger att hälsan är dålig. Efter den senaste mätningen är det nu *4 procent färre kvinnor som uppgett att deras hälsa är god*. Dessutom uppger *8 procent fler kvinnor att deras hälsa är dålig*. Yrkesgrupper som mest rapporterar om dålig hälsa är Lokalvårdare och Kokerska/ Skolmåltidsbiträde.

### **Psykisk ohälsa**

Depression skattas med diagnosverktygen DSM-IV, ICD-10 (1992) och diagnosen fastställs med Major Depression Inventory (MDI), Bech år 2000. År 1997 identifieras 2,8 procent av kvinnorna med depression och år 1998 ingår 3,1 procent med depression. Bland Barnskötare och Lärare förekommer depression vid båda mättillfällena i något högre omfattning än hos övriga yrkesgrupper.

### **Sömnstörningar**

Sömnstörning kan utgöra signaler på psykisk störning. Det visar sig att 46 procent av kvinnorna rapporterar *olika grad av sömnstörning*, drygt 19 procent uppger över tid påtagligt lidande och nästan 27 procent uppger att dessa besvär medför att de fungerar sämre. Drygt 22 procent med en varaktighet på mer än sex månader, 13 procent mer än ett år och 14 procent med en varaktighet mer än två år. På frågan om man känner sig *trött, svag eller utmattad* är det drygt 18 procent av kvinnorna som rapporterar att de gör det en hel del / väldigt mycket.

### **Övervikt och risk för diabetes**

I den undersökta gruppen ingår mer än 500 kvinnor med olika grad av övervikt. Drygt 30 procent med övervikt (BMI 25,0-29,9) samt nästan 12 procent med fetma (BMI 30 och högre). Insatser till sistnämnda grupp genomförs under projektiden, *Intervention 4*. Utbildning med två program för viktreducering. En anmärkningsvärt stor grupp kvinnor ses med risk att insjukna i diabetes typ 2, vilket anses vara den största riskfaktorn för kvinnor att drabbas av hjärtinfarkt. *Ett tjugofemtal kvinnor identifieras med diabetes/ samt flera med risk att insjukna* över tid. En betydande riskfaktor utgörs av övervikt. Nyligen genomförda studier påtalar dessutom att psykosocial stress kan bidra som riskfaktor till diabetes.

### ***Viktiga levnadshändelser som på olika sätt kan bidra till ohälsa***

Under år 1998 inträffar olika slag av levnadshändelser i yrkesgruppen, som på olika sätt kan bidra till ökad ohälsa. De beskrivs här endast kortfattat och summariskt, men är viktig för förståelsen av denna stora grupp kvinnor.

Under året förekommer skilsmässa bland några av kvinnorna (4,5 procent). Nästan 69 procent av kvinnorna anser att händelsen är negativ, medan 19 procent anser att händelsen är positiv. Det är 26 kvinnor som föder eller adopterar barn. Några kvinnor (nästan 2 procent) har allvarliga problem med sina barn, andra (drygt 5 procent) har konflikter med sina barn. Några kvinnor upplever (drygt 3 procent) att deras barn blir mobbade i skolan, och några av deras barn (nästan 5 procent) har blivit utsatta för brott.

Under året förlorar åtta kvinnor sin make eller sambo på grund av att de avlider. Samtidigt förlorar drygt 150 kvinnor en nära anhörig eller vän. I alla yrkesgrupper finns kvinnor (en procent) som blir slagna eller misshandlade och drygt fem procent uppger att de själva blivit utsatta för andra brott.

Det är åtta kvinnor som blir bostadslösa under året. Nästan 20 procent av kvinnorna tror inte att det är sannolikt att de skulle kunna skaffa fram 14 000 kronor inom en vecka, om de skulle hamna i en oförutsedd situation. På frågan om det hänt att lönen tagit slut någon gång under senaste året och de därför varit tvungna att låna pengar från släkt eller vänner för att klara matkontot eller hyran, uppger nästan tio procent att det hänt vid flera tillfällen, och nästan åtta procent att det hänt vid ett tillfälle.

Alla ovanstående påkänningar och svårigheter i privatlivet påverkar naturligtvis negativt den egna hälsan och möjligheten att leva ett bra liv, och att fungera bra på arbetet. Framför allt finns forskning som pekar på att ha allvarliga problem med sina barn, utgör en särskild hälsorisk för kvinnor.

## **RESULTAT AV FYRA INTERVENTIONER**

### **1. KOSTINTERVENTION**

Det är 16 kvinnor som minskar i vikt, från tidigare medelvärde BMI 30,87 till medelvärde BMI 28,68 år 1998. Av de som besvarar Mat-Mätaren år 1997 (722 kvinnor) och år 1998 (640 kvinnor), minskar och förbättrar 5,1 procent sina fett-poäng och 6,3 procent ökar och förbättrar sina fiber-poäng, vilket visar att matvanor hos en del kvinnor har förbättrats.

### **2. DAGBOKSFÖRD MOTION**

Riskgrupperna, 18 kvinnor av 38 med LDL-kolesterol 4,5 och högre och 25 kvinnor av 136 med BMI 30 och högre, deltar i en tre-månaders period med Dagboksförd-Motion. För de 18 kvinnorna i den förstnämnda riskgruppen förändras medelvärdet LDL-kolesterol från 5,39 år 1997 till 4,82 år 1998, efter motionsperioden. För de 25 kvinnorna i viktgruppen förändras medelvärdet BMI från 32,6 år 1997 till BMI 31,7 år 1998, efter motionsperioden.

### **3. MEDIKAMENTELL BEHANDLING (Pravastatin)**

Av inledningsvis 61 kvinnor med värden total-kolesterol Lipotrend (6,4 eller högre) deltar ett 50-tal kvinnor i fortsatt undersökning med fasteprover, där riskvärdet LDL-kolesterol 4,5 eller högre gäller, varav 38 kvinnor med riskvärdet eller högre (medelvärde 5,22). Därefter erbjuds den riskgruppen att delta i Dagboksförd-Motion under en tre-månaders period, här deltar 18 kvinnor. Efterföljande mätning år 1998, där 44 kvinnor deltar, ingår 33 kvinnor med

riskvärdet LDL-kolesterol (medelvärde 5,11). De kvinnorna erbjuds år 1999 medikamentell behandling med Pravachol (pravastatin).

Det är 20 kvinnor som medicinerar och följs under två år. Det visar sig vid 1-års uppföljningen att 16 kvinnor medicinerar med Pravachol, övriga fyra kvinnor medicinerar med andra statiner (3 kvinnor med Zocord och en kvinna med Lipitor). År 1999 ligger medelvärdet LDL-kolesterol på 3,98. År 2000 ses ett medelvärde LDL-kolesterol 3,66. Vid mätning efter två års medicinerings år 2001, där 17 kvinnor medicinerar och deltar i provtagningen, är medelvärdet LDL-kolesterol 3,37. För de 15 kvinnor som enbart medicinerar med Pravachol är medelvärdet för de kvinnorna 3,29. Vid mätningen år 2000 deltar även 10 kvinnor som tidigare tackat nej till medicinerings, nu med ett medelvärde LDL-kolesterol 4,25. Vid mätning år 2001 deltar 7 kvinnor från denna grupp med ett medelvärde LDL-kolesterol 4,32.

#### 4. UTBILDNING RIKTAD TILL VIKTREDUCERING

År 1997 identifieras 136 kvinnor med BMI 30 och högre. Vid efterföljande mätning år 1998 deltar från denna grupp 114 kvinnor varav 16 av dem minskat i vikt och ingår inte längre i den riskgruppen. Återstående 98 kvinnor erbjuds att delta i ett utbildningsprogram med två metoder riktade till viktreducering. Vilket program kvinnorna kommer att ingå i avgörs med hjälp av lottning (randomisering). Det är 54 kvinnor som inledningsvis tackar ja, varav 46 deltar i utbildningen. De kvinnorna följdes regelbundet fram till 1½ år efter avslutad utbildning.

Nedan redovisas i tabell 82. Medelvärden BMI från de två utbildningsmetoderna Metod 1. Psyk Edukativ och Metod 2 Må Bra Cirkel, därefter redovisas i medelvärden BMI från alla kvinnor som deltog, redovisat från de olika mättillfällena, från år 1997 fram till år 2001, ett år efter avslutad utbildning.

<b>Tabell 82.</b>	<b>År 1997</b>	<b>År 1998</b>	<b>År 2000 (Start)</b>	<b>År 2000 (Slut)</b>	<b>Efter 6 mån.</b>	<b>Efter 1 år</b>
Metod 1.	34,17	35	35,63	32,09	31,38	32
Antal kvinnor	27	27	19	15	15	12
Metod 2.	34,18	34,9	34,74	33,57	34,48	34,89
Antal kvinnor	28	28	27	20	25	19
Alla kvinnor	34,7	35,9	35,11	32,94	33,32	33
Antal kvinnor	55	55	46	35	40	31

Den största förändringen avseende BMI ses för Metod 1. Psyk Edukativ metod. Från BMI 35,63 vid utbildningens start till 32,09 när den avslutas, och med ytterligare sänkning sex månader senare och vidmakthållande av BMI 32 vid mätningen 1 år senare. För Metod 2. Må Bra Cirkel ses endast mindre förändring av BMI och med ett BMI som ökar till samma nivå som år 1998. Däremot ses ett högre deltagande vid mättillfällena för Metod 2. För hela gruppen ses dock att kvinnorna har kvar viss viktminskning ett år efter avslutad utbildning. Mätningen som genomförs 1½ år senare efter avslutad utbildning är ännu ej analyserad. Det arbetet pågår i skrivande stund.

## SLUTORD

Många kvinnor uttrycker sin tacksamhet (och förvåning) över arbetsgivarens insats att de fått möjlighet att delta. Liksom visad uppskattning för projektets uthållighet. Många anser att insatsen varit värdefull, flera uttrycker egen utveckling på det personliga planet, med befordran i tjänsten, vilket tillskrivs känslan av egen utveckling och att man vågar satsa på sig själv! Visst, - några kvinnor uttrycker besvikelse att inte nå upp till sin målsättning.

Men sannolikt har även de kvinnorna fått något på det personliga planet Det handlar ibland om, när den extra graden av energi poppar upp, och när man är beredd att ta vara på den. Det viktigaste är inte alltid att minska i vikt, utan den egna känslan att man trots allt mår bra och har ett gott liv.

Min förhärskande uppfattning om kvinnan som jobbar i barnomsorgen i Huddinge kommun, oavsett yrkestillhörighet, är att utöver sin yrkeskompetens, är hon i hög grad kreativ, positiv, vetgirig, tålmodig, ambitiös, uppfinningsrik, empatisk, tusenkonstnär, och tålmodig. Ja, - tålmodig!

Stockholm 2019 07 03

Berit Tärnell, samordnare, koordinator för projekt Hälsosam,

***PS. Text från sida 147-157 i dokument Hälsosam är tillskrivet, under ovanstående datum, då texten saknades i data. Men med hjälp av dokument Hälsosam i pappersform, fanns texten där, och har nu kopierats av mig, och skall tillföras USB. DS.***

# BILAGOR

BILAGA 1. METODBOK  
BESKRIVER MÄTVARIABLER, TAKVÄRDEN, LABTESTER.

BILAGA 5. SAGITTOMETER. 2 st FOTOGRAFIER  
BESKRIVER MÄTMETOD AV BUKFETMA:  
ABDOMINELL SAGITTAL DIAMETER (ASD):

## ***HÄLSOSAM ÅR 1997-2001***

### ***MÄTMETODER, DEFINITIONER OCH ORDLISTA, - ENLIGT METODBOK***

- **Vid mätning av hela populationen under Fältarbetet år 1997**
- **Vid mätning av riskgrupper år 1998-2001**

#### **1. Puls.** Takvärde 87 slag i minuten.

Pulsen mätes / räknas under trettio sekunder manuellt med hjälp av en pulsklocka.

Antalet uppmätta pulsslag multipliceras med två och noteras som det uppmätta pulsvärdet.

#### **2. Blodtryck.** Undersökningens takvärde 140 systoliskt / 90 diastoliskt mmHg.

Mätningen utföres liggande efter 2-3 minuters vila. Ett stetoskop och en blodtrycksmanschett av typ Tri-Cuff används. Manschetten anlägges på höger arm och under armen placeras en höjdanpassad ask, för att uppnå s.k. hjärthöjd. Tre blodtryck mätes med cirka 15 sekunders pausintervall. Ett medelvärde kalkyleras, av de tre mätvärden som registreras, och noteras som det uppmätta värdet.

#### **3. Längd.** Självs kattad av undersökningspersonen. Angiven till närmast 0,5 centimeter

#### **4. Vikt.** Kvinnorna vägs med kläder, utan skor, ingenting tungt i fickorna.

Viktangivelse närmast 0,1 kg. på en elektronisk våg, kalibrerad dagligen före användandet.

#### **5. BMI.** Undersökningens takvärde för riskgruppen är 29,9.

- **Definition- övervikt:**

Definition av övervikt baseras på **BMI ( Body Mass Index)**.

Beräknas som kroppsvikten uttryckt i kilo, dividerad med kvadraten på längden, mätt i meter ( kg/ m<sup>2</sup>).

Ett önskvärt BMI-värde ligger mellan 20- under 25 för vuxna.

Definitioner som nu ofta används är:

*Övervikt* BMI 25-29,9.

*Fetma* BMI  $\geq$  30.

*Sjuklig fetma* BMI mer än 40 (> 40).

#### **6. Midja-Höft index ( Waist/ Hip Ratio).**

Mätning genomförs stående med nedhasade/upplyftade kläder, närmast utanpå underbyxor.

Mätes med ett mjukt, svenskt måttband.

##### **A. Midjans omkrets.**

Mätes stående, med måttbandet placerat halvvägs mellan den nedersta revbenskanten och höftbenskammens översta kant. Värdet anges i närmaste halv/hel centimeter.

##### **B. Höfternas omkrets.**

Omfånget runt höfterna mätes stående, med måttband vid den högsta, vidaste punkten mellan höfterna och stussen (skinkorna). Värdet anges i närmaste halv/hel centimeter.

**7. Bukomfång.** Mättes liggande med kläderna upp- och nerdragna. Med måttbandet mätes den högsta omkretsen runt magen. Värdet anges i närmaste halv/hel centimeter.

**8. Bukfetma.** Med ett nytt mätinstrument, Sagittometer, mätes den sagittala bukdiаметern. Abdominell Sagittal Diameter (ASD) samt kvoten ASD / Längd. Anges vara det bästa måttet på det farliga buk fett, och synes korrelera minst lika väl eller bättre till hjärtriskmättet Framinghamindex, som de traditionella måtten BMI och Midja /Höftomfång, hos den undersökta gruppen.” (Kvist H. et al.1988, Björntorp P. 1993, Kumlin L., Dimberg L., Morin P. 1997). Sagittometeren är tidigare endast använd som mätinstrument vid mätning av buk fetma hos män i Volvo-Renaults hjärtprojekt, av 45-50-åriga män år 1993. Ett projekt som fortfarande pågår. Där de svenska männens sagittala bukdiаметer i genomsnitt ligger på 11,3 cm/m. Forskarlaget menar att mått över detta genomsnitt är att betrakta som ”över genomsnittet” avseende buk fetma hos svenska män. Det finns idag inte något känt sådant genomsnittsvärde för kvinnor.

**Mätteknik:** undersökningspersonen ligger på ett fast underlag (välj ut ett lämpligt arbetsbord, matbord eller ett datorbord. Kontrollera att bordet är tillräckligt stabilt!) Mätningen utförs utan att några klädesplagg täcker mage eller rygg. Den undre skänkeln på instrumentet placeras under rygglutet, en bit nedan höftbenskammen. Den övre skänkeln skall vila på den högsta punkten på magen, vanligen någon centimeter nedanför naveln. Ett nollvärde representeras av den skänkel som är placerad under ryggen. De två skänklarna är vågrätt anpassade till ett lodrätt stativ (som står på fyra hjul). Utefter det lodräta stativet finns ett stål-måttband monterat. Avståndet på måttbandet som kan avläsas, är avståndet mellan rygg och magens högsta punkt och avläses av läget på den övre skänkeln. Kontrollera att det inte föreligger något spann mellan bord och rygg! Om så är fallet måste den undre skänkeln anpassas så, att den ligger an mot ryggen. Värdet på måttbandet avläses i det närmaste 0,1 centimeter (se bild 1-3. bilaga 4.).

**9. Hyperkolesterolemi.** Takvärde totalkolesterol (Lipotrend) 6,4 (ej fastevärde). Blodprov tages med ett stick i en av handens fingrar (lång-ringfinger). Provtagning genomförs ute på kvinnornas arbetsplatser under Fältarbetet år 1997.

**10. Hyperlipidemi.** Takvärde LDL-kolesterol 4,4 (fastevärde) Venprov. Provtagning och analys, Lab Medicin, Huddinge Universitetssjukhus. Övriga blodanalyser som genomförs samtliga mätperioder för riskgrupperna, beskrivs i slutet av denna metodbok.

**11. Tobaksrökning.** A. Rökare, B. Slutat röka > 1 år sedan, C. Aldrig rökt. Att man slutat röka för mer än (>) ett år sedan är ett troligare mått på att man fortfarande inte röker. Vår avsikt med den frågan var att den som slutat röka för mindre än (<) ett år sedan hade större risk att vara potentiell rökare. Vi fastställer på så sätt även tidigare rökare.

**12. Helnykterist.** Innebär att man aldrig dricker någon alkohol, -inte ens lättöl.

**13. Medicinering.** Inga mediciner / följande mediciner Här registreras all regelbunden medicinering, även naturmediciner och vitaminer. Ingen dosering eller tidangivelse registreras. Inte heller registreras tidigare genomgångna sjukdomar.

**14. Motion.** Motionsvanor efterfrågas som mängd motion man genomför, med antal tillfällen varje vecka. Promenader får räknas om de uppgår till mer än trettio minuter för varje tillfälle. Antal tillfällen som beskrivs är 0-1 gång/vecka, 1-2 gånger/vecka, 3 gånger / vecka, mer än 3 gånger / vecka (då måste motionen vara av sådan art att pulsen ökar till mer än 140 slag/minut).

#### **15. Självskattad hälsa (Self Rated Health, SRH 1-7).**

Kvinnornas hälsa efterfrågas. Den skattas och graderas av dem på en skala från 1. (ett) – 7. (sju).

Värde 1. betyder att hon mår så bra hon någonsin kan. - Det är toppen!

Värde 7. betyder att hon mår så dåligt -att det kan inte bli sämre. - Det är botten!

Ett index bildas av angivna värde. Värde SRH 1-3 innebär att hälsan är god. Värdet 4 innebär en mindre god hälsa. Värde SRH 5-7 innebär att hälsan är dålig.

## 16. BLODANALYSER SOM GENOMFÖRS:

### ANALYSERAS AV LABMEDICIN, HUDDINGE UNIVERSITETSSJUKHUS:

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 1. B- BLODSTATUS* | 18. S- ASAT                |
| 2. B- SR          | 19. S- ALAT                |
| 3. P- FIBRINOGEN  | 20. S- GT                  |
| 4. P- GLUKOS      | 21. S- KOLESTEROL          |
| 5. S- NATRIUM     | 22. S- TRIGLYCERIDER       |
| 6. S- KALIUM      | 23. S- HDL-KOLESTEROL      |
| 7. S- KREATININ   | 24. fS- LDL-KOLESTEROL     |
| 8. S- UREA        | 25. S- TSH                 |
| 9. S- ALBUMIN     | 26. S- FSH                 |
| 10. S- CALCIUM    | 27. S- LH                  |
| 11. S- FOSFAT     | 28. S- TESTOSTERON         |
| 12. S- MAGNESIUM  | 29. S- SHBG                |
| 13. S-URAT        | 30. S- ÖSTRADIOL (känslig) |
| 14. S- JÄRN       | 31. fS- ZINK               |
| 15. S- FERRITIN   | 32. S- KORTISOL            |
| 16. S- CRP        |                            |
| 17. S- BILIRUBIN  |                            |

- \* I blodstatus ingår följande analyser:

B- Leukocyter, B- Erytrocyter, B- Hb, B- EVF, B- MCV, B- MCH, B- MCHC

### Genomförande.

Samtliga blodanalyser genomförs fastande, d v s ingen föda eller dryck intages efter klockan 24 dagen till provtagningsmorgon. Ej heller intages några mediciner inom denna tidsperiod. Provtagning genomförs mellan klockan 07.00. - 09.00. på ett av LabMedicin, Huddinge Universitetsjukhus akkrediterad provtagningscentral i Storstockholmsområdet.

### Riskgruppernas mätperioder.

- För riskgruppen *kvinnor med BMI > 30* genomförs ovanstående provtagning vid sju mätperioder, åren 1997 och 1998, samt före utbildning (januari år 2000), efter utbildning (år 2000), efter sex månader (år 2000), efter 1 år (år 2001) samt efter 1½ år ( november-december år 2001).
- För riskgruppen *kvinnor med LDL-koletserol > 4,5* genomförs provtagning vid fem mätperioder. Åren 1997 och 1998, efter tre månaders medicinering med pravastatiner ( maj år 1999), efter 1 år (februari-mars år 2000), samt avslutningsvis december år 2000.
- För riskgruppen *kvinnor med puls > 88* , efter uppföljande pulsmätningar och en EKG-undersökning genomförs samma blodanalyser vid ett mättillfälle.



**<sup>1</sup>ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR**

<b>BIVERKAN</b> Biverkning	Oönskad effekt av läkemedel / annan behandlingsmetod.
<b>BMI</b>	BODY MASS INDEX. Vikt (kg) / längd (m) <sup>2</sup> .
<b>BORTFALL</b>	Personer (patienter eller friska försökspersoner) som har gått med på att delta i en undersökning, men som lämnar denna innan den fullbordats.
<b>DIABETES MELLITTUS</b>	Sockersjuka.
<b>DÖDLIGHET</b>	Begrepp med två olika betydelser. <i>Mortalitet</i> =antalet dödsfall per år bland ett visst antal personer (vanligen 100 000). Kan även avse samtliga dödsfall i hela befolkningen i ett land, eller dödligheten för ett kön, en viss åldersgrupp eller en viss dödsorsak.
<b>FREKVENS</b>	Hur ofta något inträffar, eller hur många som tillhör en viss kategori.
<b>HDL-KOLESTEROL (HDL)</b>	Kolesterol (blodfett) bunden till HDL. ( <i>High Density Lipoprotein</i> ), ”snällt kolesterol”.
<b>HYPERTONI</b>	Förhöjt blodtryck.
<b>HYPERLIPIDEMI</b>	Förhöjda blodfetter.
<b>INCITAMENT</b>	Sporre. Utlösande impuls.
<b>INKLUSIONSKRITERIER</b>	De betingelser som måste föreligga för att en person skall kunna föreslås att delta i en viss undersökning. Kriterierna, som skall vara angivna i projektplanen, kan gälla viss sjukdomsdiagnos, åldersgrupp, händelse mm.

---

<sup>1</sup> Källa: Fetma – Problem och åtgärder. Rapport 160, SBU 2002.

**INSULINRESISTENS  
INTERVENTIONSSTUDIE**

Nedsatt effekt av insulin.  
En undersökning där deltagarna utsätts för en intervention, det vill säga någon åtgärd som provas, oftast sjukdomsbehandling (läkemedel, operation m m.) eller sjukdomsförebyggande åtgärd.

**KONTROLLGRUPP**

Den deltagargrupp i en klinisk undersökning som får överksam medicin, t ex. placebo eller den idag vanliga behandlingen. Gruppens resultat jämförs mot dem i en grupp som får en ny eller annan behandling, t ex. ett nytt läkemedel. Termen gäller också för kontrollgruppen i en fall-kontrollundersökning.

**LDL-KOLESTEROL  
(LDL)**

Kolesterol (blodfett) bunden till LDL. (*Low Density Lipoprotein*). Det ”onda” kolesterolet.

**LONGITUDINELL**

Benämns undersökningar där man följer en viss given population under en längre tid, med återkommande, uppföljande kontrollerade undersökningar. (Uppföljningstid vanligen beroende på tidsperspektiv från påverkan (exponering) av något som kan utlösa sjukdomen man vill studera, fram till tiden för insjuknandet, så kallad induktionstid).

**MEDELVÄRDE**

(*Mean*). Aritmetiskt medelvärde, genomsnitt. Summan av samtliga observationstal dividerad med antalet observationer.

**NORMALVIKT**

Den vikt vid vilken risken för dödlighet och sjuklighet ej är ökad. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition BMI 20-25.

**POPULATION**

En grupp personer som har något gemensamt, t ex. alla personer i Sverige eller personer i ett visst landsting med en viss sjukdom som uppfyller vissa inklusionskriterier för att ingå i en undersökning. En klinisk undersökning utförs i regel på ett urval av en population, till exempel de personer med en viss diagnos som är kända vid en viss mottagning eller en grupp personer med en gemensam händelse på en bestämd plats, som accepterar att delta i en undersökning och uppfyller vissa kriterier för att kunna ingå (inklusionskriterier). En sådan urvalsgrupp kallas en (studie-)population.

**PREVENTION**

Profylax, förebyggande medicinsk åtgärd, till exempel vaccination eller andra insatser för att få personer att inte utveckla till exempel övervikt, fetma eller diabetes.

<b>RANDOMISERING</b>	Slumpmässig fördelning, till exempel genom lottnings av deltagarna i en undersökning mellan behandlings och kontrollgrupp. Vilket minskar risken för att systematiska skillnader uppkommer mellan grupperna. Randomiseringen gör det också möjligt att bedöma sannolikheten för att undersökningens resultat uppkommit genom slumpens inverkan.
<b>RISKFAKTOR</b>	En egenskap eller ett förhållande som pekar på en ökad risk att en person skall få en eller flera sjukdomar. Exempel: övervikt, en ärftlig sjukdom i släkten o s v.
<b>SAGITTAL DIAMETER</b>	Avståndet från underlaget till högst punkten av buken i liggande ställning.
<b>SAGITTMETER</b>	Ett instrument att mäta bukfetma, det vill säga ta reda på bukens högsta punkt i liggande ställning, ett tvärsnitt mätt från undersidan av ryggen som nollpunkt till bukens högsta punkt.
<b>TG</b>	Triglycerider. En typ av fetter bestående av glycerol förestrad med tre fettsyror. Fetter i födan består vanligen av TG.
<b>UNDERSÖKNING</b>	Kan i medicinska sammanhang betyda dels en läkarundersökning av vissa personer, dels en vetenskaplig undersökning som även kan kallas studie. I denna ordlista gäller båda betydelserna av ordet.
<b>UPPFÖLJNING</b>	( <i>Follow-up</i> ). Regelbundna undersökningar under viss tidsperiod av deltagare i en interventions- eller kohortstudie.
<b>URVAL</b>	Stickprov, ( <i>sample</i> ). De enheter i en population som valts ut för en undersökning. I medicinska sammanhang är ett urval de patienter, eller ibland friska personer som, från en större population, valts ut för en studie. Idealt skall urvalet vara slumpmässigt ( <i>randomiserat</i> ) det vill säga varje person i en population (till exempel de personer, män eller kvinnor eller båda könen i en bestämd grupp som ingår med en viss övervikt, BMI 25-29,9) skall ha haft lika stor sannolikhet för att ingå i undersökningen (Vilket i praktiken sällan uppfylls).

## SAGITTOMETER

Ett instrument att mäta kvinnors bukfetma  
ABDOMINELL SAGITTAL DIAMETER (ASD)  
HÄLSOSAM ÅR 2000.



### Bild 1

Den undre Skänkeln, anpassad i höjd med höftbenskammen, indikerar mätningens noll-punkt. Den övre skänkeln markerar högsta punkt. Avståndet mellan de båda skänklarna avläses i millimeter på ett stålband, Anpassat till det lodräta stativet på hjul. Det krävs att mätningen genomföres mot ett fast underlag. Om "luftspalt" uppstår mellan undreskänkeln och rygg, är det viktigt att anpassa den undre skänkeln mot ryggen





## LITTERATURFÖRTECKNING

1. 69th Scientific Session of the American Heart Association: *Benefits of lipid control and Pravastatin*. Rapport. New Orleans, Louisiana, USA 1996.
2. Ahlbom A., Norell S., Introduction To Modern Epidemiology. *Risk Indicators and Causes of Disease*. Epidemiology Resources Inc, One Newton Executive Park, Newton Lower Falls, MA 02162-1450, 1990:36-41.
3. Anda R, Williamson D, Jones D et al. *Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischaemic heart disease in a cohort of US adults*. Epidemiology 1993; 4: 285-294.
4. Aneshensel C. *Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women*. I: Hobfoll S (Ed) Stress, Social Support and Women, pp 99-114. Washington DC, Hemisphere 1986.
5. Arbetsliv och Hälsa 2000, Kapitel 15. Lundberg I, *Arbetsmarknad, arbetsliv och psykisk ohälsa*. Arbetslivsinstitutet & författarna 2000, Arbetslivsinstitutet 112 79 Stockholm, 2000: 303-21.
6. Arbetsmiljökommittén, Huddinge kommun: *Hälsoundersökning inom barnomsorgen*. Sammanträdesprotokoll. Huddinge Kommuntryckeriet 1997.
7. Arbetsmiljölagen, 22:a upplagan. Arbetarskyddsämnden mars 2000: 2§, 28-29.
8. Björnstorp P. *Fetma som hälsorisk*. Sakligt om socker1997.1.: 4-5.
9. Brown GW, Harris TO: *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London, Tavistock 1978.
10. Brown GW, Harris TO, Hepworth CC: *Life events and endogenous depression*. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:525-534.

11. Brown GW, Harris TO, Hepworth C: *Loss humiliation and entrapment among woman developing depression: a patient and non-patient comparison*. Psychol Med 1995;25:7-21.
12. Bue Bjorner J., Søndergaard Kristensen T., Tibblin G., Sullivan M., Westerholm P., *Self Rated Health, a useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Forskningsnämnden. Ord & Form AB, Uppsala 1996.
13. Cooke DJ. *The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder*. I: Cooper B (Ed) Psychiatric Epidemiology. London, Groom Helm 1987.
14. Ekenvall L, Rinnan T, Winzer R. *Kvinnors övervikt och fetma*. Stockholms läns kvinnohälsorapport 1996:7
15. Falkenberg M. *Håll koll på midjemåttet!* Läkartidningen NR34 2001 VOL 98:3520-3522.
16. Folkhälsorapport 2001. Stockholm, Socialstyrelsen Rapport 2001. Kapitel 3: 12-13.
17. Forsell Y, Parmund M, Winzer R. *Kvinnor och psykisk ohälsa*. Stockholms läns Kvinnohälsorapport, kapitel 6: 1997:11:17-21.
18. Hellénus M-L. *Prevention of cardiovascular disease: studies on the role of diet and exercise in the prevention of cardiovascular disease among middle-aged men*. Stockholm, Reproprint AB 1995: 70.
19. Helsingforsavtalet. Etiska bedömningar.
20. Hensing G, Alexandersson K, Åkerlind et al. *Sickleave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995: 30: 39-43.
21. Hermerén G Kunskapens Pris. *Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm. Forskningsrådets förlagstjänst 1986: 150-57, 54-55.
22. Huddinge kommun: *Personalekonomisk redovisning*. Rapport 1996.
23. Hällström T, Lapidus L, Bengtsson C et al. *Psychosocial factors and risks of ischaemic heart disease and death in women: A twelve-year follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden*. J Psychosom Res 1986: 30: 451-459.



24. Hällström T. *Psykisk ohälsa - könsskillnader*. I: Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F et al (red.). *Kön och ohälsa*. Stockholm, Studentlitteratur 1996, pp 127-148.
25. *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1996*. Stockholm: Socialstyrelsen 1996: 1-46.
26. Johnson JV, Hall EM. *Dialectic between conceptual and casual inquiring psychosocial work-environment research*. *J Occupat Health Psychology* 1996: 4: 362-74.
27. Järvholm B (red). *Arbetsliv och hälsa*. En kartläggning. Arbetskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet. Rådet för arbetslivsforskning 1996, pp 102-113.
28. Karasek R, Theorell T, Healthy Work, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. *Library of Congress Catalog 89-42514 Job Strain And serum Cholesterol*. 1990:147-148.
29. Karasek R, Theorell T, Healthy Work, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. *Library of Congress Catalog 89-42514 Decision Latitude / Demand Control Modell* 1990:58-61, 45-46, 340-41,10-12, 195-197223-26, 121-40, 154, 31-82, 116.
30. Karasek R, Theorell T, Healthy Work, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. *Library of Congress Catalog 89-42514 Professional's burnoutproblems cannot be solved by personal coping strategies alone and must involve organization policy changes*. 1990:51.
31. Krantz G. *Hälsoutvecklingen för nordiska kvinnor*. *Nord Med* 1994: 109: 284-287.
32. Kumlin I, Dimberg L, Morin P. *Kvoten Abdominell Sagittal Diameter/Längd, Bra och kliniskt användbart hjärtriskmått*. Poster 21P. Svenska Läkaresällskapets Riksstämma 26-28 november 1997.
33. Lapidus L, Bengtsson C, Hällström T et al. *Obesity, adipose tissue distribution and health in women*. Results from a population study. *Appetite* 1989: 12: 25-35.
34. Lennon MC: *Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender and psychological disorders*. *Epidemiological reviews* 1995;17:120-127.
35. Lundberg O. *Kvinnors livsvillkor idag*. I: *Kvinn-o-hälsa*. Stockholm, Spri 1995.



36. Lundberg I. *Arbetsliv och Hälsa 2000*. Marklund S. (red). *Arbetsmarknad, arbetsliv och psykisk ohälsa*. Arbetslivsinstitutet. Helsingborg. 2000:15:303-321.
37. Läkemedelsverket: *Behandling av hyperlipidemi*. Behandlingsrekommendationer. Uppsala. Läkemedelsverket 1999 09 15: 1-18. (Reviderad 2001 11 22).
38. Odén B, Svanborg A, Tornstam L: *Att åldras i Sverige*. Natur & Kultur, Borås 1993
39. Robins RN, Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America*. New York, NY, Free Press 1991.
40. Rothman KJ, *Causes*. American Journal of Epidemiology 1976; 104:587-592
41. Rothman KJ, Modern Epidemiology. *Causal Inference in Epidemiology*. Library of Congress Catalog Card No.85-82480 1986:7-21
42. Siegrist J, Matschinger M, Cremer P, AND Seidel D. 1988. *Atherogenic risc in men suffering from occupational stress*. Atherosclerosis 69: 211-218.
43. Uhlenhuth EH, Lipman RS, Balter MB et al. *Symptom intensity and life stress in the city*. Arch Gen Psychiatry 1974 31: 759 -64.