

Riktade hälsoundersökningar: anledningar till bortfall

Thomas Leoo

Handledare: Wim Grooten

Thomas Leoo
Leg. läkare, spec. invärtesmedicin och kardiologi
thomas.leoo@feelgood.se

Wim Grooten
Universitetslektor, Docent, Leg. sjukgymnast
Karolinska Institutet
wim.grooten@ki.se

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2010/11

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	2
2 Inledning	3
3 Syfte och frågeställning	6
4 Metod	6
5 Resultat	7
6 Diskussioner	8
7 Slutsats	10
8 Litteraturreferenser	11

Sammanfattning

Riktade hälsundersökningar - anledningar till bortfall

Thomas Leoo

Handledare: Wim Grooten

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2010/11

Alla anställda som är 50 år eller äldre i återvinnings- och avfallshanteringsföretaget SITA erbjuds årligen riktade hälsundersökningar via företagshälsovården. En del väljer att avstå dessa hälsundersökningar och detta projekt syftar till att undersöka hur stort detta bortfall är, att identifiera orsaker till valet att utebli från provtagning och/eller uppföljande läkarundersökning, hur de upplever nyttan av hälsundersökningar samt möjligheter för att förbättra deltagandet.

År 2010 kallades 149 personer. Av dessa valde 42 att tacka nej eller utebli från alla besöken medan 3 personer deltog i provtagning men inte i uppföljande läkarbesök. Det totala bortfallet var således 45 personer (30 %) och till dessa skickade en enkät. I denna undersöktes gruppens bakgrund, anledning till bortfall, hur de skattade sin hälsa, upplevd nytta av hälsundersökningar samt möjligheter för företagshälsovården att öka intresset.

Svarsfrekvensen var som väntat i denna typ av undersökningar låg, endast 19 personer (42 %) svarade på enkäten. Av dessa svarade 8 att de hade varit på annan hälsokontroll 2010. Som orsak till utebliven kontroll angav 7 personer olika typer av hinder (sjukdom, tid som ej passade, semester, ingen möjlighet). De flesta kände sig friska men 6 personer angav etablerad läkarkontakt som en orsak till att de inte deltog. Alla utom en svarade att de upplevde nyttan av hälsundersökningar som viktig.

Större flexibiliteten i tidsbokningen och utökade öppettider kan vara ett sätt att öka deltagandet.

Inledning

Företagshälsovårdens historia och nuvarande arbetsområden

Företagshälsovården har sin historia i det industriella genombrottet i slutet av 1800-talet (SOU 2004:113)¹. Större verk och industrier anställde då läkare som komplement till den då dåligt utbyggda allmänna sjukvården. Tanken med företagshälsovård är att en bra arbetsmiljö leder till hög effektivitet och bra lönsamhet vilket gagnar både arbetsgivare och arbetstagare. Initialt stod företagen för dessa kostnader men i samband med att den obligatoriska sjukförsäkringen med regler om fritt läkarval trädde i kraft 1955 kunde arbetsgivarna få ersättning från försäkringskassan för sjukvård. Detta system levde sedan kvar men urholkades successivt efter 1993 då statsbidraget avskaffades. Behovet av sjukvård inom företagshälsovården skulle nu tillgodoses i en uppgörelse mellan företagshälsovård och Landsting. Detta ledde till en omvandling från arbetsplatsanknuten sjukvård till rent förebyggande verksamhet då Landstingens intresse för att finansiera sjukvård inom företagshälsovårdens ram var litet.

Den definition av företagshälsovård som finns i svensk lagstiftning återfinns i arbetsmiljölagen (AML 3 kap 2c §)²:

"Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa."

Numera består företagshälsovård i de flesta fall av ett multidisciplinärt team som arbetar med arbetsmiljö och arbetsrelaterad ohälsa. Förutom att utreda och behandla redan uppkommen arbetsrelaterad ohälsa utför man hälsoundersökningar som i ett fåtal yrken är obligatoriska men som i övrigt är frivilliga. Företagshälsovården gör nu omkring en miljon hälsoundersökningar varje år och detta resulterar i kartläggningar om arbetsmiljö där mycket idag fokuseras kring organisation och psykisk belastning. Det har också visats att värdet av hälsoundersökningar framför allt bygger på en bra uppföljning och åtgärdsprogram i de fall som man hittar avvikande värden eller riskfaktorer, t.ex. hög alkoholkonsumtion, rökning eller höga blodtryck (Soler et al 2010)³.

Företagshälsovårdens framtid

Företagshälsovårdens framtid är för närvarande osäker. Alla verkar vilja ha bra företagshälsovård men mycket kretsar kring betalningsansvar och hur en bra företagshälsovård skall bedrivas. Regeringen framhåll i budgetpropositionen för 2007 att företagshälsovården borde kunna göra mer och användas bättre i fråga om förebyggande insatser, som ett stöd i återgången till arbete och som en länk mellan arbetsplatsen och hälso- och sjukvården. Därför bildades i mars 2007 en kommitté under ledning av Anna Hedborg (SOU 2007:91)⁴. Kommittén fick i uppdrag att se över utbildningssystemet samt att utveckla företagshälsovårdens roll i sjukskrivningsprocessen. Med hänvisning till att företagshälsovårdens framtida roll även har stor betydelse för utbildningssystemets organisation diskuterades även en framtidsbild av företagshälsovården. Kommittén konstaterade att

en hårt trängd primärvård, med sjuka äldre och barn som sina medicinskt självklart mest prioriterade grupper, skulle få svårt att göra plats för de tidskrävande tidiga insatser som skulle behövas vid arbetsrelaterad ohälsa där de psykiatriska diagnoserna och belastningsrelaterade besvär stod för den största andelen av sjukskrivningsdiagnoserna. Kommittén påverkades av vidare av Socialförsäkringsutredningen som i en av skrifterna (SOU 2006:86)⁵ föreslog att företagshälsovården skulle kunna ingå i ett sammanhållet koncept bestående av ett sjukvårdande uppdrag, ett försäkringsuppdrag och ett arbetsmiljöuppdrag, "Företagshälsovård på tre ben". Kommittén föreslog därför ett system där företagshälsovården skulle ta ett primärvårdsansvar för delar av den aktiva befolkningen och där kostnaden skulle delas mellan sjukförsäkringssystemet, arbetsgivarna och företagen. Man kan se det som en återgång till det äldre systemet men med en annan finansiering. 2010 infördes så till slut ett statligt bidrag för att utveckla företagshälsovården och rehabiliteringsverksamheten inför framtiden som ger företagshälsovården en möjlighet att utveckla ett helhetstänkande för de anställda i kundföretagen. På grund av det osäkra läget under flera år har en del företag övergått till försäkringsfinansierade lösningar för sjukvården där man tecknar en sjukvårdsförsäkring för sina anställda. De får då snabb hjälp vid sjukdom men denna vård bedrivs sällan inom företagshälsovården. Detta innebär att företagshälsovårdens expertis urholkas och att möjligheten att se en koppling mellan sjukdom och arbetsplats försvinner.

Feelgood Östermalmshälsan

Feelgood är ett av Sveriges ledande hälsovårdsföretag som verkar inom företagshälsa, träning och sjukgymnastik. Företaget har ca 600 anställda vid 60 egna enheter och är representerat på fler än 150 orter i Sverige. Feelgood erbjuder hälsotjänster till företag, organisationer och privatpersoner och mottot är att satsningar på hälsa skall vara en lönsam investering genom ökad produktivitet och sänkta kostnader för ohälsa i företag och ökad livskvalitet för privatpersoner. Företagshälsan inbegriper traditionellt arbetsmiljö, rehabilitering, hälsa och sjukvård.

SITA

Feelgood Östermalmshälsan har sedan lång tid tillbaka haft SITA som företagshälsovårdskund. SITA Sverige är ett av landets ledande företag inom återvinning och avfallshantering. SITA Sverige har 1100 medarbetare vid 60 lokalkontor och sysslar med avfallshantering samt drift av miljöstationer. SITA ingår i det börsnoterade miljöföretaget SUEZ ENVIRONNEMENT som tillsammans har 62 000 medarbetare som samlar in avfall från 46 miljoner människor i olika delar av världen.

Arbetsmiljö/hälsoproblem SITA

De flesta av SITAS medarbetare arbetar med avfallshantering. Förutom risken för belastningsrelaterade skador finns även risker med hanteringen av avfallet som kan innehålla olika typer av hälsovådliga produkter. Arbetsmiljön har successivt förbättrats när det gäller den rent fysiska belastningen i och med att automatiserade system har introducerats i verksamheten. Tidigare lyftes sopsäckar mekaniskt och bars till bilen för tömning. Nu finns det centrala sopsugar i större fastigheter och bilar med monterade lyftsystem som tömmer sopbehållarna från mindre hushåll direkt i sopbehållaren på bilen. Samtidigt har kraven på prestation ökat. Tidigare arbetade man vanligtvis på ackord fram till tidig eftermiddag och då distriktet var avklarat kunde man sluta för

dagen. Idag är arbetstiderna mer ordinära och områdena har ökat i omfattning vilket leder till längre arbetsdagar. Traditionellt har dock denna grupp av arbetare med sin mycket slitsamma arbetsmiljö krävt förvånansvärt lite rehabiliteringsresurser.

Riktade hälsoundersökningar i förebyggande syfte

Medarbetarna i SITA kallas regelbundet till en riktad hälsoundersökning. Under 2010 kallades i Stockholm 208 anställda varav flertalet (154) var 50 år eller äldre. De under 40 år kallas vart 4:e år, de som är 40-49 år vart annat år. De som är 50 år eller äldre kallas årligen och vid ett första besök träffar de en sjuksköterska för blodprovstagning, EKG, spirometri samt hörseltest. I samband med kallelsen får de också ett frågeformulär som tar upp frågor kring arbetsmiljö, hälsa och livsstil. Därefter sker ett uppföljande läkarbesök där det ifyllda frågeformuläret samt undersökningsresultat och klinisk kontroll enligt ett standardiserat undersökningsprotokoll ligger till grund för att tidigt upptäcka både arbetsrelaterad och annan ohälsa samt att motivera och inspirera medarbetarna till hälsoutveckling. Arbetsgivaren får, förutsatt att minst 15 personer deltagit, en grafisk sammanställning av enkätsvaren. Sambandet mellan arbetsmiljö, hälsa och livsstil redovisas i diagramform. Det ger en nulägesanalys och underlag för företagets arbetsmiljö- och hälsoarbete på grupp- och organisationsnivå.

Tidigare studier om bortfall vid hälsoundersökningar

Hälsoundersökningar kan således fungera som ett viktigt underlag i arbetet för att förbättra arbetsmiljön samtidigt som individuella riskfaktorer kan identifieras. Tidigare forskning har dock visat att bortfallet vid hälsostödjande verksamhet är stort och ligger kring 30 % (Robroek et al 2009)⁶. Detta bortfall kan förklaras av att medarbetarna inte nås av kallelsen eller att de aktivt tackar nej. Inom byggsektorn gjordes 1988 en större studie av orsaken till bortfall från hälsoundersökningar (Larsson et al)⁷. Orsakerna som redovisades var: Ej nåtts av inbjudan (47 %) och Tackade nej (53 %). Hos de individer som "Tackade nej" angavs följande orsaker: Har annan vård (19 %), Ej sjuk/Ej behov (10 %), Dålig hälsoundersökning (5 %) och Övrig anledning (19 %).

På Östermalmshälsan så uppskattades bortfallet i den undersökta gruppen (50 år och äldre) under 2008-2009 till cirka 15 % men det exakta antalet har varit okänt. Anledningen till bortfallet har dessutom varit oklart liksom frågan om hur medarbetarna i SITA upplever nyttan av hälsoundersökningar.

Syfte och Frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur många av de anställda på SITA, 50 år eller äldre, som väljer att avstå från riktade hälsoundersökningar hos Feelgood Östermalmshälsan, att identifiera hur denna grupp ser ut samt eventuella orsaker för detta bortfall. Dessutom ingick en fråga kring upplevd nytta av hälsoundersökningar samt en fråga om möjligheter till förbättringar för att öka deltagandet.

Specifika frågeställningar är:

- 1) Hur stort är bortfallet i den undersökta gruppen?
- 2) Vad är anledningen till detta bortfall?
- 3) Hur upplever de anställda nytta av hälsoundersökningar?
- 4) Kan vi skapa förutsättningar för att ökat deltagandet?

Metod

Studiedesign

Studien består av två delar. I en första del gjordes en genomgång av registrerade data från vår databas för kallelser för att besvara bortfallet, dvs. frågan kring hur många som valde att avstå från att komma till den riktade hälsoundersökningen. I en andra del skickades en enkät ut till de som valt att avstå hälsoundersökningen för att försöka förstå varför de valde att avstå hälsoundersökningen, om hur de uppfattade betydelsen av hälsoundersökningar samt hur det skulle kunna skapas bättre förutsättningar för ett större deltagande.

Undersökt grupp

149 anställda på SITA som var 50 år eller äldre och som under 2010 kallades till en årlig riktad hälsoundersökning.

Datainsamling och mätmetoder

Del 1: Registerstudie

För att besvara den första frågeställningen gjordes ett utdrag ur den databas som innehåller uppgifter om anställda vid SITA och när dessa skall kallas. Ur detta system identifierades de personer som kallats men som inte deltagit i 2010 år riktade hälsokontroller. Fem personer som slutat på företaget under året exkluderades.

Del 2: Enkätstudie

Ett frågeformulär skickades i slutet av mars 2011 ut till de i registerstudien identifierade personerna. I ett följebrev beskrevs projektets syfte. Formuläret var avidentifierat men numrerat för att kunna skicka ut en påminnelse till de som inte svarat. Efter att påminnelsen skickats ut förstördes dokumentet som kopplade ihop namn och nummer enligt beskrivning i följebrevet. I formuläret

ombads de anställda att fylla i bakgrund i form av ålder, kön samt tidigare genomgångna hälsoundersökningar inom företagshälsovården. Därefter fick de besvara frågor kring om de nåtts av kallelsen, samt om de fått den, varför de valt att tacka nej. Avslutningsvis ombads de besvara frågor kring upplevd hälsa, arbetsmiljö, upplevd nytta av hälsoundersökningarna samt eventuella åtgärder som skulle kunna öka intresset i framtiden. I frågeformuläret fanns också en fråga kring pågående behandling av någon annan läkare då detta skulle kunna vara en orsak till att man avstod ytterligare kontroller. Data sammanställdes i tabellform och analyserades sedan med deskriptiv statistik.

Resultat

Fråga 1: Bortfall

Under 2010 kallades 208 anställda. Av dessa var 154 personer 50 år eller äldre. De fem som hade slutat sin anställning exkluderades. Genom en sökning i vårt databaserade kallelsesystem identifierades de personer över 50 år (n=42) som under 2010 inte genomfört den hälsoundersökning som de kallats till. Även de som varit på en första sköterskekontroll (n=3) men som tackat nej till uppföljning hos läkare identifieras för att försöka klargöra orsaken till detta. Totalt var det således 45 av 149 personer (30 %) som valde att avstå från den årliga hälsoundersökningen.

Till dessa skickades en enkät ut för att besvara studiens andra delar. Av 45 utskickade formulär svarade 15 inom de stipulerade 2 veckorna och ytterligare 4 efter en påminnelse. Totalt svarade således 19 av 45 (42 %).

Fråga 2: Orsak till bortfall

I tabell 1 beskrivs den undersökta gruppens bakgrund. De flesta (n=14) var mellan 50-59 och resten (n=5) 60 år eller äldre. Endast en kvinna fanns med i den undersökta gruppen. Vidare uppgav 16 personer att de kallats till hälsoundersökning varav 9 uppgav att de kallats via företagshälsovården och resten (n=7) via företaget. Två personer uppgav att de inte blivit kallade och en visste inte. Åtta personer hade under året genomgått en hälsoundersökning på annat håll.

De allra flesta (n=16) personer upplevde sig som friska även om en del (n=6) av dessa var under behandling för sjukdom. De flesta arbetade i till största delen med kroppsarbete (n=17), endast 2 personer hade huvudsakligen administrativa uppgifter.

Tabell 1: Bakgrund	Antal	%
Ålder		
50-59 år	14	74
60-69	5	26
Kön		
Man	18	95
Kvinna	1	5
Kallelse		
Via företag	7	37
Via FHV	9	47
Vet ej	1	5
Ej svar	2	10
Frisk		
Ja	16	84
Nej	3	16
Kroppsarbete		
Ja	17	89
Nej	2	11

I tabell 2 beskrivs orsakerna som uppgavs till att arbetstagarna inte genomfört den planerade hälsoundersökningen. Flera alternativ kunde väljas. Sex personer (33 %) angav att de redan hade en annan etablerad läkarkontakt. Tre personer ville inte undersökas. Sju personer angav olika typer av hinder (sjukdom, tid som ej passade, semester, ingen möjlighet) som orsak till utebliven kontroll.

<i>hälsoundersökning</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Slutat anställning</i>	0	0
<i>Egen/barns sjukdom</i>	1	5
<i>Tid passade ej</i>	3	16
<i>Semester</i>	4	21
<i>Etablerad läkarkontakt</i>	6	32
<i>Behöver ej undersökas så ofta</i>	2	11
<i>Vill ej undersöka mig</i>	3	16
<i>Ingen möjlighet/prioritering</i>	1	5
<i>Dålig erfarenhet ÖH</i>	1	5
<i>Annat</i>	1	5

Fråga 3: Upplevd nytta

På frågan om upplevd nytta av hälsoundersökningar angav nästan alla (n=17) att de upplevde hälsoundersökningar som viktiga (tabell 3).

<i>hälsoundersökningar</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Jag har upplevt tidigare hälsoundersökningar som viktiga</i>	17	89
<i>Jag har inte upplevt att jag haft nytta av de hälsoundersökningar som jag varit på</i>	1	5
<i>Jag har aldrig varit på hälsoundersökning</i>	0	0

Fråga 4: Förbättringsmöjligheter

På frågan om förändringar som skulle öka intresset för hälsoundersökningar svarade 13 personer. Som möjliga förbättringar angav 9 personer av dessa att större flexibilitet i tidsbokningen skulle öka deras intresse. I övrigt var det 2 personer som önskade öppet på tidiga morgnar och kvällar och 2 personer på helger. En person önskade att ögonhälsokontroll skulle ingå i undersökningen.

Diskussion

Av de 149 kallade i denna studie av SITA medarbetare (50 år eller äldre) som kallats till hälsoundersökning 2010 valde 42 att tacka nej eller utebli från alla besöken medan 3 personer deltog i sköterskebesöket men inte i det uppföljande läkarbesöket. Det totala bortfallet var således 45 personer (30 %) och till dessa skickades en enkät som besvarades av 19 personer (42 %). Av dessa svarade 8 att de hade varit på annan hälsokontroll 2010. Som orsak till utebliven kontroll angav 7 personer olika typer av hinder (sjukdom, tid som ej passade, semester, ingen möjlighet). De flesta kände sig friska men 6 personer angav etablerad läkarkontakt som orsak till att de inte deltog. Alla utom en som svarat upplevde nyttan av hälsoundersökningar som viktig. Knappt hälften angav att större flexibiliteten i tidsbokningen och utökade öppettider skulle öka deras intresse.

Resultatdiskussion

Företagshälsovården hade innan undersökningen en uppfattning om att bortfallet skulle ligga kring 15 %. Det visar sig att det var betydligt större än så i den undersökta gruppen, nämligen 30 %. Bortfallet från de riktade hälsoundersökningarna var således större än väntat. Detta kan dock ses

som ett relativt typiskt bortfall vid denna ålder. Vid en hälsoprofilbedömning av 50-59 år gamla medarbetar vid Saab-Scania i Linköping som utfördes 1975 var bortfallet 20 % trots personlig kontakt (Malmgren 1976)⁸. Efter en genomgång av de som avstod visade det sig att denna grupp hade större sjukfrånvaro än referensgruppen som bestod av de som genomfört hälsoprofilbedömningen. Det finns även internationella data som stödjer att de sjukaste oftare väljer att avstå från deltagande. I en Holländsk studie visade man att gruppen som valde att inte delta i en studie om hjärt-kärlsjukdomar upplevde sin hälsa som sämre än de som deltog (Hoeymans et al 1998)⁹. Att 30 % valde att inte delta i den riktade hälsokontrollen kan således förklaras av att gruppen som studerades här är över 50 år och att de äldre, de som borde ha mest nytta av hälsoundersökningar, är de som är minst intresserade av att delta.

Av deltagarna i studien hade 42 % genomfört en hälsokontroll på annat håll. Innehållet i dessa är oklart men det visade sig att de flesta i gruppen kände sig friska. Trots detta angav 33 % att de hade en etablerad läkarkontakt vilket var oväntat många jämfört med Bygghälsans undersökning (Larsson et al, 19 %). Att dessa personer redan har kontakt med sjukvården betyder dock inte att en företagsrelaterad hälsokontroll är onödig. Visserligen är deltagandet frivilligt men samtidigt har ju företaget SITA beslutat sig för att tillsammans med företagshälsovården bedriva ett arbete som syftar till att förbättra arbetsmiljön och minska riskerna för sjukdom och arbetsmiljöskador i en utsatt miljö. I den undersökta gruppen arbetar man också mycket med kroppen där olika typer av förslitningsskador och värkproblematik är ett etablerat faktum. Regelbundna hälsoundersökningar kan identifiera problemen i tid och ge företaget möjlighet till förebyggande vård. Det krävs dock ett gemensamt intresse från alla parter inkluderande arbetsgivare, företagshälsovård och arbetstagarare för att kunna bedriva ett farmgångsrikt hälsoarbete.

Denna studie av anställda på SITA som avböjde hälsoundersökningen 2010 visar också glädjande nog, och trots att de inte deltagit, att intresset för hälsoundersökningar är stort. Det kan därför vara av värde att påpeka för de anställda att hälsoundersökningar via företaget kan vara av värde även om man behandlas hos någon annan läkare i sjukvården.

37 % av deltagarna i studien uppgav som anledning till att de inte genomfört den planerade hälsoundersökningen faktorer som berodde på olika typer av förhinder. Att fokusera insatserna på de som velat men inte kunnat komma verkar vara det mest effektiva för att öka deltagandet. Ungefär hälften av deltagarna önskade en bättre flexibilitet i tidsbokningen och möjligen kan bekräftelsesystem via SMS vara ett sätt att förenkla kontakten med de anställda. Bokning via internet skulle också vara ett alternativ. En intressant uppföljning vore att mer aktivt fråga de anställda hur de skulle vilja se ett optimalt system uppbyggt.

Metoddiskussion

Att via formulär undersöka orsaker till att en grupp tackat nej till regelbundna hälsoundersökningar kan ses som en utmaning. Man kan gissa att intresset för att besvara denna typ av frågeformulär är begränsat, de flesta har ju redan aktivt tackat nej till den årliga undersökningen. Detta visade sig också i denna studie där endast 33 % svarade efter det första utskicket för att öka till 42 % efter påminnelse. En svensk nationell folkhälsoenkät, "Hälsa på lika villkor" har visat att intresset för att delta i undersökningar minskat de senaste åren. Mellan åren 2004-2009 ökade bortfallet, trots

påminnelse, från 39 % till 48 % (Boström 2010)¹⁰. Det finns studier som har visat att man kan öka deltagandet i enkätundersökningar genom att informera om undersökningen och syftet med denna i förväg (Eaker et al 1998)¹¹. Bortfallet skulle således troligen kunna ha minskats om sådan information skickats ut i förväg i stället för som nu bifogats i utskicket. Möjligheten till telefonuppföljning av de som inte svarat övervägdes också initialt men vi valde att avstå detta då vi ansåg att det skulle kunna kränka den personliga integriteten. Det stora bortfallet i svarsfrekvensen begränsar värdet av studien men en del av iakttagelserna kan användas för att förbättra deltagandet i framtida hälsoundersökningar.

Slutligen kan det nämnas att den databas som ligger till grund för kallelser är enkel och manuellt uppbyggd. Kallelserna sker manuellt genom att ett brev skickas ut till de anställda där de har bokats in på ett första sköterskebesök. Den manuella hanteringen gör att enstaka fel i databasen inte helt kan uteslutas. Detta bedöms dock inte kunna påverka resultaten i denna studie på något avgörande sätt.

Slutsats

Denna undersökning av 149 medarbetare vid renhållningsföretaget SITA som kallades till riktad hälsoundersökning 2010 visar att det faktiska bortfallet var 30 % vilket är större än förväntat. Som främsta orsak angav individerna olika typer av hinder (sjukdom, tid som ej passade, semester, ingen möjlighet) men de flesta av deltagarna var positiva till hälsoundersökningar. Att förbättra flexibiliteten i tidsbokningen kan vara ett bra sätt att öka deltagandet.

Litteraturreferenser

- ¹ Kurt Eriksson et al. Utveckling av god företagshälsovård. SOU 2004:113
- ² Arbetsmiljölagen (AML) Kapitel 3 2c § (1977:1160, paragrafen ändrad genom SFS 2010:1543)
- ³ Soler et al: A Systematic Review of Selected Interventions for Worksite Health Promotion. Am J Prev Med 2010;38(2S):S237–S262.
- ⁴ Anna Hedborg et al. Ny företagshälsovård - ny kunskapsförsörjning. SOU 2007:91.
- ⁵ Anna Hedborg et al. Mera försäkring och mera arbete. SOU 2006:86.
- ⁶ Robroek et al. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2009;6:26
Online: www.ijbnpa.org/content/6/1/26 (accessed 20110929)
- ⁷ Larsson & Lindell. Bortfall vid Bygghälsans hälsoundersökningar: Fältstudier : företagsstudie, intervjustudie samt kontaktmannastudie, Volym 2. Bygghälsans forskningsstift. 1988.
- ⁸ Malmgren S, Andersson G. På jakt efter hälsoprofilen. Universitetet i Linköping. 1976.
- ⁹ Hoeymans N, Feskens E, Van Den Bos G, Kromhout D (1998) Non-response bias in a study of cardiovascular diseases, functional status and self-rated health among elderly men. Age and Ageing, 1998;27:35-40.
- ¹⁰ Boström G (2010) Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? Statens folkhälsoinstitut. Online: www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/vad_betyder_bortfallet100330.pdf (accessed 20110929)
- ¹¹ Eaker S, Bergström R, Bergström A, Adami HO, Nyrén O. Response rate to mailed epidemiologic questionnaires: a population- based randomized trial of variations in design and mailing routines. Am J Epidemiol 1998;147(1):74-82.