

# Den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan.

Jämförelse mellan fysiskt aktiva och fysiskt inaktiva med fokus på upplevd stress och hälsa.

Författare: Vivi-Anne Lidvall hälsan&arbetslivet, NÄL  
461 85 Trollhättan, epost; vivi-anne.lidvall@vgregion.se

Handledare: Mats Hagberg vid AMM i Göteborg

---

Projektarbete 7,5 hp  
Företagssköterskeutbildning 2008-2009

September 2009

Ansvarig examinator: Docent Maria Albin  
Avd för Arbets- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND



# Den fysiska aktivitetens betydelse för hälsa.

Jämförelse mellan fysiskt aktiva och fysiskt inaktiva med fokus på upplevd stress och hälsa.

Författare: Vivi-Anne Lidvall hälsan&arbetslivet, NÄL 461 85 Trollhättan, epost; vivi-anne.lidvall@vgregion

Handledare: Mats Hagberg vid AMM i Göteborg

September 2009

## Abstrakt

Vår företagshälsovård har genomfört konditionsmätningar vartannat år fyra gånger i samband med hälsoprofilbedömningar (HPB) på ett företag. Sammanlagt 194 personer deltog och medelåldern vid första HPB var 45 år. Syftet med studien var att se om upprepade hälsoprofiler påverkat den fysiska prestationsförmågan, motionsvanorna, upplevd stress/hälsa hos de anställda. Ytterligare frågeställningar var om den fysiska prestationsförmågan hade betydelse för upplevd stress/hälsa samt hur många av de anställda som kunde betraktas som fysiskt inaktiva mätt utifrån konditionstal. Resultatet tyder på att upprepade hälsoprofiler ökade intresset för den egna hälsan vilket hade påverkat motionsvanorna och konditionen positivt. Stressen på arbetet hade ökat oberoende av konditionsnivå, vilket troligen berodde på stora omorganisationer. Hälsan upplevdes bättre hos gruppen som var vältränade. Även stressen i hela livssituationen var lägre hos de vältränade. Att ändra vanor är svårt men med uppmuntran, långsiktiga mål och återkommande uppföljningar kommer många att må bättre.

Eftersom ingen kontrollgrupp fanns kan resultatet inte säkert sägas ha ett samband med upprepade hälsoprofiler.

## Nyckelord

Hälsoprofil, fysisk aktivitet, upplevd hälsa, stress, konditionstal

Avd för Arbets- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND



# Innehållsförteckning

Introduktion.....	3
Introduktion.....	3
Bakgrund.....	3
Hälsovinster med fysisk aktivitet .....	4
Vägen till hälsosamma levnadsvanor .....	5
Beskrivning av företaget.....	8
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar .....	9
Metod (empirisk studie).....	10
Urval .....	10
Instrument .....	11
Genomförande .....	11
Analys/Bearbetning .....	12
Etisk avvägning .....	13
Resultat .....	14
Skillnader i fysisk prestationsförmåga och upplevd stress / hälsa vid första respektive fjärde hälsoprofilen .....	14
Hälso- och stressupplevelser i relation till fysisk prestationsförmåga.....	16
Antalet fysiskt inaktiva personer vid den fjärde uppföljningen av hälsoprofilen.....	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion .....	21
Slutsatser .....	23
Referenser.....	25
Bilaga 1 (2) .....	26
Bilaga 2 (2) .....	27

# Introduktion

Människors liv under hundratusentals år bestod i arbete som krävde stor fysisk ansträngning t.ex. skaffa mat, förflytta sig och värma upp bostaden. För överlevnaden var vila och återhämtning nödvändigt. Våra gener och kroppar har formats av denna överlevnadsanpassning och därför fungerar vi bäst när vi har en hög aktivitetsnivå men tyvärr är det få som når upp till denna nivå. Våra gener har inte ändrats mycket utan är ungefär de samma som för 40 000 år sedan. Skillnaden mellan vår västerländska levnadsstil och andra folkslag i världen vad gäller grad av aktivitetsnivå är stor. För att komma upp i samma energiförbrukning som moderna jägar- och samlarfolk gör, skulle en västerländsk man på 70 kg behöva promenera 19 km /dag (1).

Fysisk aktivitet har i dagens samhälle utvecklats till att vara en fritidssysselsättning i form av motion, träning och idrott från att tidigare varit något som ingick i vår vardagliga sysselsättning. Idag anses ungefär hälften av Sveriges vuxna befolkning vara otillräckligt fysiskt aktiva. Våra fysiska aktiviteter påverkas av hur miljön i vårt samhälle ser ut. Den byggda miljön uppmuntrar inte till ett fysiskt aktivt liv utan tvärtom till en mer stillasittande livsstil vilket ökar risken för kroniska sjukdomar och för tidig död (2).

## Bakgrund

Idag är det vetenskapligt bevisat att regelbunden fysisk aktivitet är en av de viktigaste faktorerna för att förbättra livsbetingelserna för många människor. Studier har gjorts som visar att den överviktige i jämförelse med den normalviktige, båda likvärdigt fysiskt aktiva, inte riskerar att dö i förtid. Vad som är viktigare är graden av fysisk aktivitet. Det har visat sig att en normalviktig person som är otränad har större risk för en för tidig död än en överviktig person som är tränad. Detta är särskilt tydligt vad gäller hjärt-kärlöd oavsett om personen haft bukfetma eller inte (2).

Faskunger J beskriver fysisk aktivitet på följande sätt. ”Alla former av rörelse som leder till ökad energiomsättning hör till fysisk aktivitet”. All form av ökad muskelaktivitet t.ex. promenader, hushålls- och trädgårdsarbete, friluftsliv, motion och träning, muskelarbete i arbetet, hör till begreppet fysisk aktivitet. Begreppet motion står för en mer planerad fysisk

aktivitet med en viss avsikt, som att må bättre, få bättre hälsa i framtiden osv. Dessa aktiviteter kräver oftast ombyte till träningskläder. Med begreppet träning har personen en klar målsättning att öka prestationsförmågan, oftast inom idrotten. Vår veckoförbrukning av energi i form av rörelse utgörs inte av enbart planerad motion och idrott utan innefattar all fysisk aktivitet i vardagen. Det är viktigt att betona då det gäller att främja hälsan och att den stora hälsopotentialen är att öka vår aktivitetsnivå, både i arbetet och på fritiden (1).

Rekommendationerna för fysisk aktivitet, som antogs av Svenska Läkarsällskapets nämnd år 2000, säger; ”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten” (3).

Hälsofrämjande arbete kan med fördel genomföras ute på arbetsplatsen. Här nås många individer och åtgärder kan därmed visa märkbara resultat. Det är viktigt att alla individer på en arbetsplats involveras, annars finns en tendens att det endast blir de som redan har goda levnadsvanor som visar intresse. Speciellt viktigt är det att nå de personer som har ohälsosamma levnadsvanor och som verkligen behöver förändra sina riskbeteenden. Det är sällan en HPB är obligatorisk utan på de flesta arbetsplatser får individen själv avgöra om de vill genomgå en HPB eller inte. Detta innebär att det oftast blir de som redan har en god hälsa som kommer (4).

### *Hälsovinster med fysisk aktivitet*

De flesta hälsovinster kommer relativt snabbt har forskningen visat, speciellt gäller detta för de minst tränade. Det är aldrig för sent att börja träna. Det visar forskning av en grupp äldre personer som fick börja styrketräna och där goda resultat uppnåddes redan efter tio veckor. Jämfört med en kontrollgrupp som var inaktiva minskade depressioner markant medan muskelstyrkan och livskvaliteten ökade hos dem som tränat (1).

De psykologiska effekterna av fysisk aktivitet är inte lika kända och har publicerats senare än de fysiologiska effekterna. De kan sammanfattas på följande sätt enl. Biddle, Fox, Boutcher&Faulkner 2000 (5).

- Motionsidrott har en viss ångestreducerande effekt
- Det finns stöd för att motionsidrott kan minska depression.

- Fysisk aktivitet har ett positivt samband med sinnestämning och affekter.
- Självpupfattningen kan främjas genom motionsidrott och leda till bättre självförtroende.
- Den kognitiva förmågan är bättre hos aktivt äldre vuxna jämfört med äldre vuxna som är inaktiva.

Kondition och styrka är funktioner som förbättras vid fysisk aktivitet. Andra parametrar som kan påverkas är till exempel vikt, midjemått, kroppssammansättning, blodtryck och blodfetter. När det gäller den mentala hälsan är det främst depression och ångestillstånd som kan minskas med fysisk aktivitet. Det finns samband mellan hälsa och med vilken intensitet, duration och frekvens aktiviteten utförs. Det är dessa tre faktorer som tillsammans bestämmer den slutgiltiga ”träningdosen”. Man kan med andra ord säga att ju högre dos desto större effekt (3).

Fyrtio år av systematisk forskning, enl. SBU rapport om prevention, visar att bristande fysisk aktivitet hänger samman med uppkomsten av flera kroniska sjukdomar såsom diabetes (åldersdiabetes, typ II diabetes), hjärtinfarkt, högt blodtryck, slaganfall, vissa cancerformer och övervikt. Regelbunden fysisk aktivitet medför ett förbättrat välbefinnande och leder till att personen bevarar sin funktionsförmåga långt upp i ålderdomen och därmed sitt oberoende av andras hjälp.

Tabell 1. En jämförelse mellan olika åtgärders effekt för minskad risk att dö i förtid (6).

Åtgärd	Minskad risk
Sänkning av högt blodtryck	15%
Sänkning av kolesterolvärde	15%
Viktminskning	15%
Rökstopp	50%
Förbättrad kondition	65%

### *Vägen till hälsosamma levnadsvanor*

Förändring av vanor är svårt och speciellt då det gäller att behålla dessa långsiktigt. Bäst är att gradvis vänja kropp och själ vid aktivitet. Det är inte bara kroppen som behöver tid att byggas upp för att undvika skador, minst lika viktig är den mentala förberedelsen. Känns motionen

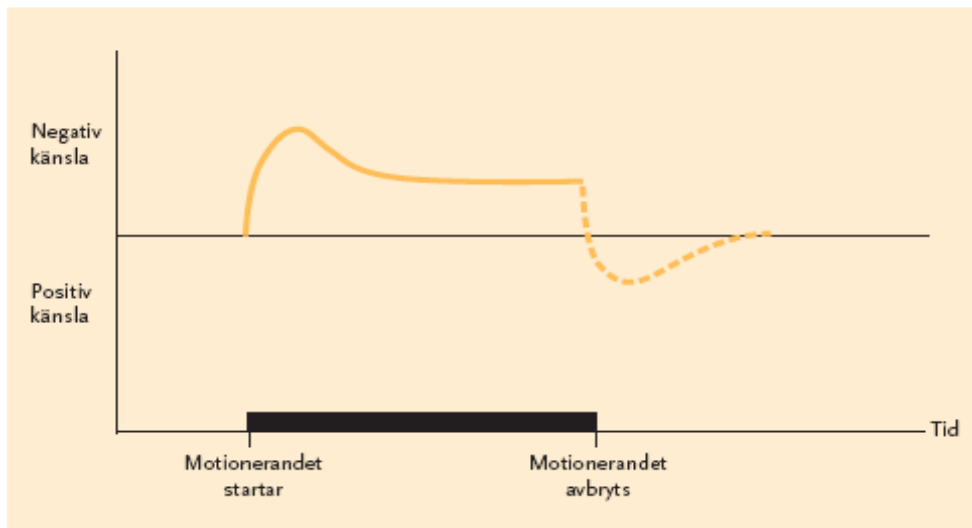
alltför tung är chansen liten att detta beteende fortsätter. Det gäller att få balans och nivå skall hela tiden anpassas efter förmågan. Positiva känslor upplevs i större utsträckning om den fysiska aktiviteten utövas efter självuppsatta mål och i en miljö som främjar individens egna framgångar och inte jämförs med andras prestationer (7). Varför rör sig då inte människor i större utsträckning när fysisk aktivitet pekar på så många positiva effekter? De vanligaste förklaringarna till att man inte motionerar regelbundet är brist på tid, man orkar inte och man känner sig inte tillräckligt motiverad (3).

Det finns flera beteendeförändringsmodeller, som försöker identifiera och beskriva vilka faktorer som har betydelse för att en förändring skall komma till stånd. De två vanligaste som används inom forskningen är den socialkognitiva teorin (SCT) och den transteoretiska modellen (TTM). Den socialkognitiva teorin lyfter fram sambandet mellan individen, omgivningen och beteendet. En viktig drivkraft enligt denna teori är ett förväntat fördelaktigt utfall av beteendeförändringen för att en fortsatt förändring skall kunna ske. Den främsta drivkraften är dock individens tillit till sin egen förmåga att förändra beteendet, self-efficacy. Kännetecknande för den transteoretiska modellen är att förändringsarbetet utgår från var personen befinner sig i förändringsprocessen och att man anpassar åtgärderna till detta stadiet. Förändringsprocessen indelas i fem stadier, vilka passeras då individen går från ett fysisk inaktivt liv till en mer regelbunden motion. De fem förändringsstadierna är följande: (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

1. Förnekelsestadiet (Det finns inga tankar på en förändring)
2. Begrundarstadiet (Man funderar på en förändring)
3. Förberedelsestadiet (Man är redo för en förändring eller har redan tagit några små initiativ)
4. Handlingsstadiet (Man engagerar sig aktivt i det nya beteende men inte regelbundet)
5. Vidmakthållandestadiet (Det nya beteendet ingår som en naturlig del i ens liv) (7).

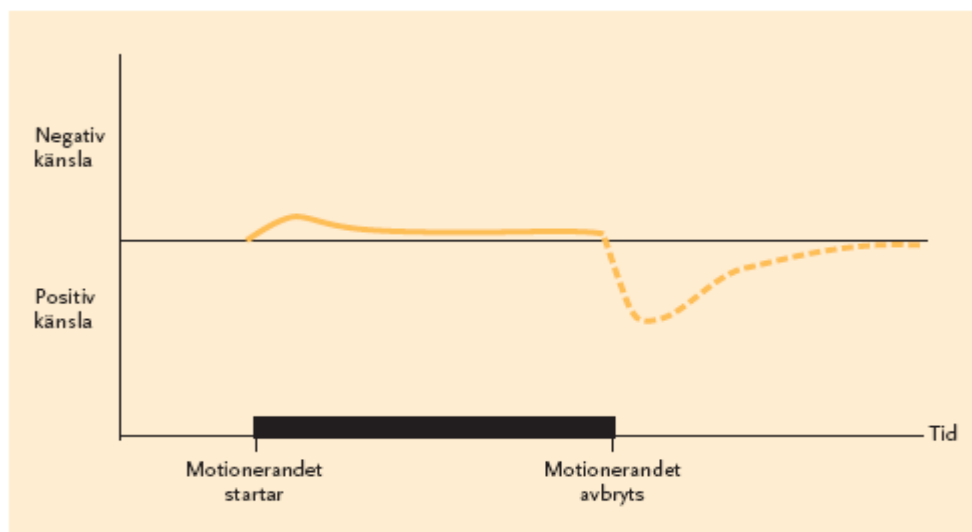
Den som tidigare inte varit fysiskt aktiv har inga erfarenheter eller upplevelser att luta sig mot utan behöver därför ”yttre” belöningar i form av uppskattning och påhejande av vänner eller familj, viktnedgång eller förbättrade tider vid jogging. I denna fas gäller det att upprepa aktiviteterna så ofta som möjligt eftersom vanorna ännu inte etablerats. Efter en tids motionerande, denna tid är mycket individuell men kan ta upp till sex månader, upplever personen positiva effekter av mer långsiktig karaktär. Det ”inifrån motiverande” beteendet övergår nu till att bli viktigare än de ”yttre motiverande” faktorerna. Det innebär att motiven

internaliseras och motionsvanorna etableras. Dessa förändringar kan illustreras grafiskt med hjälp av Salomons opponent-process theory of acquired motivation, se figur 1 och 2.



Figur 1. Upplevelser av fysisk aktivitet hos nybörjarmotionären.

Av figur 1. framgår att i initialskedet av motionspasset upplever personen övervägande olustkänslor i form av tunga ben, tung andning men också av tristess och enformighet. Efter motionspasset är upplevelsen däremot positiv men kortvarig. Oftast upplever den ovane motionären att ”det är skönt när det är över”.



Figur 2. Upplevelser av fysisk aktivitet efter en tids motionerande.

Av figur 2. framgår att den erfarna motionären inte upplever ansträngningen alls lika negativt som nybörjaren, vilket beror på att kondition och muskelstyrka förbättrats. Enl. motionärerna själva är den positiva känslan av annan kvalitet, dessutom starkare och mer långvarig, jämfört med nybörjarmotionärens omedelbara eftereffekt (3).



Salomons teori "Opponent-Process Theory of Acquired Motivation" har använts av Wester-Wedman, A (1988) i sin studie av "Den svårfångade motionären" för att redogöra för de förändringar som händer över tid då regelbundna motionsvanor vidmakthålls. Han hävdar att de alltmer positiva upplevelser som anges i samband med ökat motionsutövande kan kopplas till Salomons teori (8).

SBU utkom med en rapport mars 2007. "Metoder för att främja fysisk aktivitet" som är en systematisk litteraturgenomgång. Syftet med projektet var att utvärdera effekter och ekonomiska konsekvenser av olika studerade metoder med avseende på att främja fysisk aktivitet. Nitton studier ingick som bedömdes hålla tillräcklig kvalitet och där effekten av rådgivning och samtal mellan personal och patient, främst inom primärvården studerades. Tre slutsatser kan sammanfattas vad gäller rådgivning.

1. Rådgivning till patienter leder till ökad fysisk aktivitet med 12-50 % under minst sex månader efter rådgivningen.
2. En ökad frekvens och intensitet av rådgivning genom upprepad kontakt under flera månader medför en ytterligare ökad fysisk aktivitetsnivå.
3. Rådgivning kompletterad med t ex recept på fysisk aktivitet, dagbok, stegräknare eller informationsbroschyr leder till ytterligare 15-50 % ökning av den fysiska aktivitetsnivån.

Denna rådgivning har skett inom hälso- och sjukvården och det saknas underlag för bedömning om rådgivningen skulle kunna bli effektivare i samverkan med annan aktör. Vidare framhålls att de interventioner som inkluderar hela livssituationen, med vilket menas såväl fysisk aktivitet som kost och stresshantering, ökar den fysiska aktiviteten ytterligare (7).

## **Beskrivning av företaget**

Studien jag genomfört är förlagt till ett företag som är uppdelat på trettio kliniker utifrån geografiskt läge. De anställda har olika professioner där både ensam- och teamarbete förekommer. På klinikerna jobbar alltifrån sex personer upp till de större där antalet anställda uppgår till ca trettiofem. På företaget arbetar flest kvinnor, åldersfördelningen är övervägande medelålders. De olika yrkeskategorierna är tandläkare, tandsköterskor, tandhygienister och assistenter. Många av tandsköterskorna har under sitt yrkesverksamma liv jobbat på samma arbetsplats, kanske för att det inte finns så många andra jobb att söka, speciellt om de bor på

en mindre ort och inte vill pendla till och från arbetet. Däremot är det en ganska stor omsättning på tandläkare som tillhör bristgruppen inom tandvården och rekrytering har gjorts från andra länder bl.a. Tyskland och Polen. Det ställs stora krav på att hinna med så många patienter som möjligt för att minska på väntetider och för att visa på god ekonomi. Kliniker som inte klarar de uppsatta målen kan i framtiden få läggas ner även om patientunderlaget är gott. Orsak till att patientgenomströmningen kan bli alltför liten är i de flesta fall tandläkarbristen. Det leder i sin tur till att väntetiderna blir längre för patienterna, problemen förvärras och större ingrepp måste kanske göras. Tandsköterskorna som har ett nära samarbete med tandläkarna upplever ökad stress vid tandläkarbrist då även deras arbetsuppgifter minskar, vilket leder till viss övertalighet av denna kategori. Vissa känner en otrygghet i om deras klinik kommer att vara kvar eller inte. Gruppen i helhet har upprepat ensidiga arbetsuppgifter och belastningsbesvär i nacke och rygg är inte ovanligt. Arbetet består många gånger av komplicerade arbetsmoment som skall göras under stor tidspress och symtom som sömnsvårigheter, trötthet och koncentrationssvårigheter är inte ovanligt. En del av de anställda uppger att de upplever långa arbetsdagar med ensidiga rörelser och ett tajt tidsschema som ett arbetsmiljöproblem. Den psykosociala arbetsmiljön upplever jag som mycket bra på de flesta arbetsplatser. De flesta känner varandra och samarbetet fungerar väl.

## **Syfte**

Syftet är att undersöka om upprepade hälsoprofiler på sikt leder till ökad fysisk aktivitet och därav en bättre upplevd hälsa hos de anställda.

### *Specifika frågeställningar*

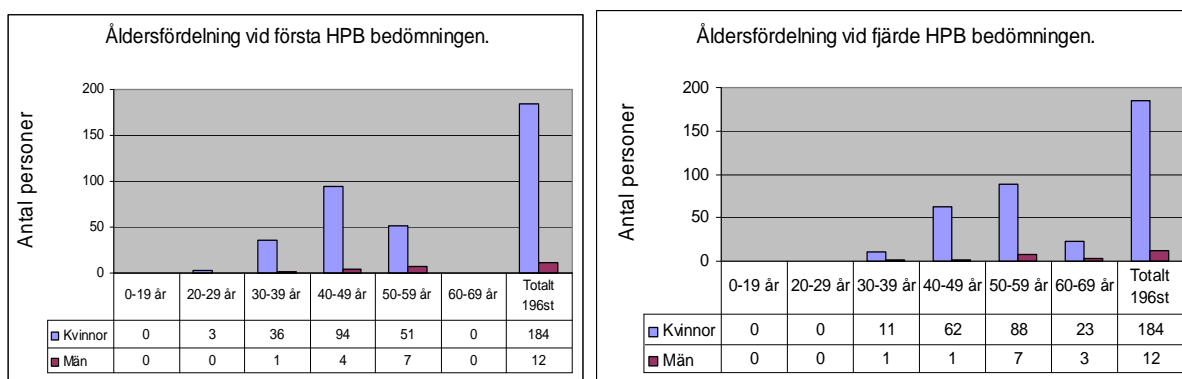
- Har den fysiska prestationsförmågan, motionsvanorna, upplevd stress/hälsa förändrats från första till fjärde hälsoprofilbedömningen?
- Finns skillnader i stress/hälsoupplevelser bland de anställda, utifrån fysisk prestationsförmåga?
- Hur stor del av de anställda är fysiskt inaktiva, utifrån konditionstal?

# Metod

## Urval

Studien har förlagts till en organisation inom Västra Götalandsregionen. Antalet anställda var högt vilket bidrog till att urvalet blev relativt stort. Ett visst antal föll dock bort då de av olika anledningar inte hade deltagit i cykeltestet, vilket var en förutsättning för att urskilja olika grupper med varierande konditionstal. Det var också en nödvändighet att personerna hade deltagit i samtliga uppföljningar av hälsoprofilerna eftersom jämförelsen byggde på förändringar hos en och samma person. De anställdas frågeformulär skrevs in i Kick Profildatas programvara, i samband med hälsoprofilbedömningen. När all information lagts in i programvaran kunde olika statistikurval göras, utifrån den information man önskade få fram. Det var inte möjligt att ta reda på vilka personer som ingick i de olika grupperna i materialet och på så sätt upprätthålls anonymiteten.

Även de som var sjukskrivna hade möjlighet att delta i hälsoprofilerna och därmed nådde man alla anställda även om de inte fanns på arbetsplatsen just den/de dagar som vi fanns ute på arbetsplatsen. Detta tillvägagångssätt såg jag som en fördel då man fick en inblick i hur alla anställda på en arbetsplats upplevde sin hälsa. Med urval som bygger på frivillighet och personlig anmälan finns en risk att bara de som tränar regelbundet och har intresse för hälsofrågor kommer med.



Figur 3 och 4. Åldersfördelning vid genomförandet av första resp. fjärde hälsoprofilen.

Figurer 3 och 4 visar att åldersfördelningen till övervägande del bestod av medelålders personer. Medelåldern var vid första profilen 45.3 år jämfört med 51.3 år vid fjärde. Vid

genomförandet av första hälsoprofilen var samtliga deltagare 6 år yngre än vid fjärde profilen, eftersom uppföljningarna gjordes med två års mellanrum. Av de 196 personer som kom med i studien var andelen kvinnor 184 och män 12 .

## **Instrument**

Instrument som användes var hälsoprofilbedömning som på senare tid utvecklats och marknadsförts av HPI Health Profile Institute AB, vilket är ett hälsoutvecklingsföretag (bildats av HOS Hälsoprofilinstitutet och Kick prohealth), se bilaga 1 och 2. HPB-modellen är ett vetenskapligt utprövat koncept som skapats av Sture Malmgren och Gunnar Andersson som ett resultat av ett 20-årigt utvecklingsarbete på motionscentralen vid Saab-Scania i Linköping. Metoden är dokumenterad i två doktorsavhandlingar i medicinsk vetenskap vid Linköpings universitet 1987. HPB inleds med samtal som utgår från ett frågeformulär, se bilaga 1, med elva frågor och fem fasta svarsalternativ, varav ett markeras. Svaren visar på deltagarens hälsovanor och upplevda hälsa och via samtalet överförs kunskaper. Individerna får även tid till att reflektera över nuvarande livsstil och hälsoupplevelser vilket kan leda till att han omvärderar sina hälsovanor. Stor vikt läggs vid medvetandegörande kommunikation där individen får ta egenansvar för sin hälsa (4).

## **Genomförande**

Samtliga yrkesaktiva på företaget har genomgått HPB fyra gånger dvs. uppföljningar regelbundet med två års mellanrum har genomförts som ett led i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Någon allmän information till all personal var inte nödvändig eftersom det är fjärde gången och de nu kände till upplägg, syfte och mål utan största tidsåtgången tog logistik och planering av tidsschema mm. Under hösten -08 genomfördes den fjärde uppföljningen och min studie kom att ingå som en del i detta uppdrag. Vi som utförde hälsoprofilerna har gått Hälsoprofilbedömning Steg 1 samt HPB på data, var anställda på Hälsan& arbetslivet och hade olika professioner såsom företagssköterska, ergonom och hälsopedagog. Hälsoprofilerna genomfördes ute på arbetsplatserna som enl. Andersson, G., Malmgren, S., & Johrèn, A. (2004) är en utmärkt arena för ett hälsofrämjande arbete(4). Inom den organisation som uppdraget gällde bestämdes att alla anställda skulle delta och de som inte fanns på arbetsplatsen då vi var där fick boka tid och komma till vår mottagning

senare. Inom en månad efter att profilerna på arbetsplatsen genomförts var vår målsättning att ge en återkoppling på hur det såg ut i hela arbetsgruppen. Minsta antalet för återkoppling på gruppnivå var 10 personer, för att anonymiteten skulle kunna upprätthållas.

Hälsoprofilbedömningen tar ca en och en halv timma per person. I den ingår en intervju om levnadsvanor (såsom färd sätt till arbetet, fritidssysselsättning, motion, kost, tobak, alkohol) och hälsoupplevelser. Vidare kontrolleras blodtrycket och en skelettmätning görs som visar om personen har normalvikt i förhållande till skelettvikten. Utifrån samtalet och mätvärden diskuteras sambandet mellan stressnivå, motionsvanor, kroppsvikt och vilken inverkan dessa faktorer kan ha på blodtrycket. Undersökningen avslutas med ett konditionstest dvs. ett submaximalt arbetsprov på cykelergometer, vilket innebär att deltagaren belastas till 50 % av sin maximala syreupptagningsförmåga. I en avslutande diskussion görs koppling mellan de mätvärden som framkommit och individens egna upplevelser av social situation, stress, symtom och hälsa (4).

## **Analys/Bearbetning**

För att besvara frågeställningen om den fysiska prestationsförmågan ökat från första till fjärde profilen valdes ”Jämförelse mellan olika grupper”. Därefter valdes vilket företag, vilka avdelningar, yrken, ålder/kön samt testdatum som önskades. För bearbetning valdes hälsoprofilbedömning (HPB) testnummer 1, utfört under 2002-2003 och hälsoprofilbedömning (HPB) testnummer 4, genomfört under 2008-2009. Vid jämförelsen är det bara tester med beräknat konditionsvärde som togs med, därför minskades antalet tester vid HPB 1 med 56 och vid HPB 4 med 46, beroende på att individerna av olika orsaker inte kunde eller ville cykla. Sammanlagt 418 personer godkändes. Endast de personer som gjort både HPB 1 och 4 jämfördes och antalet minskade då till 196 godkända profiler, eftersom några slutat eller gått i pension och andra tillkommit under åren.

För att besvara frågeställningen om det fanns skillnader i hälso- och stressupplevelser utifrån fysisk prestationsförmåga användes även här ”Jämförelser mellan olika grupper” och som tidigare valdes företag, avdelningar, yrken, ålder/kön samt testdatum. I denna bearbetning valde jag testdatum som den senast utförda HPB under tiden 080825 till 090306 och endast tester med uträknat konditionsvärde. De individer som bedömts få konditionstalen 1 = mycket låg, 2 = låg och 3 = genomsnittlig, jämfördes med personer som fått konditionstalen 4 = hög och 5 = mycket hög.

Tabell 2. Bedömning och indelning av konditionstal (fysisk prestationsförmåga) .

	Mycket låg	Låg	Genomsnittlig	Hög	Mycket hög
	1	2	3	4	5
Konditionstal	- 75	76-85	86-95	96-105	106-

194 personer hade kondition motsvarande konditionstal 0-95 och de med konditionstal 96 och uppåt, uppgick till 129 personer. Utifrån denna uppdelning i två grupper jämfördes sedan upplevelsen av stress hela livssituationen/arbetet samt upplevelsen av hälsa till kropp och själ.

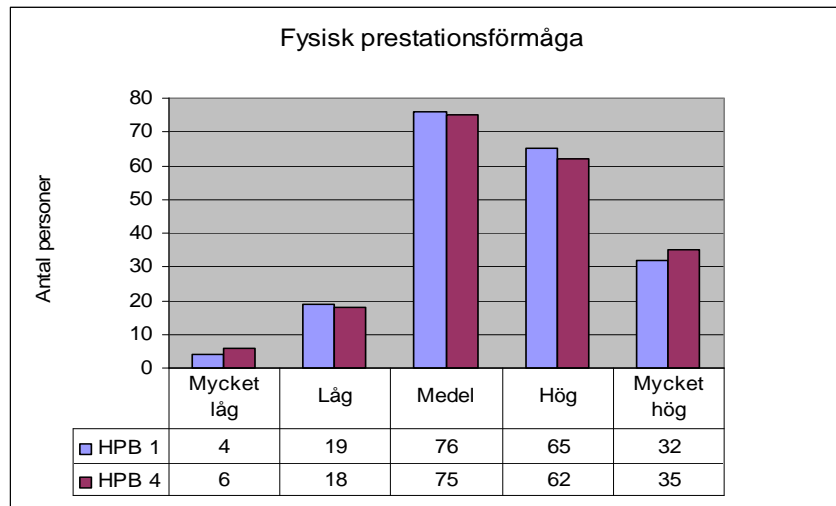
### **Etisk avvägning**

Det finns en tendens att i samhället och från arbetsgivarnas sida betona att vårda sin hälsa är att ”göra gott”. Med denna föreställning om hälsa finnas en risk då en individ med dålig hälsa kan uppfattas som en som handlar på ett orättfärdigt sätt och får så att säga ”skylla sig själv” för sin ohälsa (11).

Ett annat etiskt dilemma är om vi som genomför HPB har rätt till att påtvinga människor information om hälsorisker och ta upp livsstilsfrågor som personen inte själv efterfrågat. Kanske kan det leda till att individen får skuld känslor för sitt beteende som hon/han känt sig nöjd med och att i sådana fall kan dialogen istället leda till sämre välbefinnande. Detta strider mot ”Omsorgsprincipen” som säger att det finns en moralisk skyldighet att inte skada, att minska och förebygga lidande och att främja välbefinnande (12).

# Resultat

## Skillnader i fysisk prestationsförmåga och upplevd stress / hälsa vid första respektive fjärde hälsoprofilen



Figur 5. Jämförelse av fysisk prestationsförmåga vid första och fjärde hälsoprofilen utifrån bedömning och indelning av konditionstest, se tabell 2.

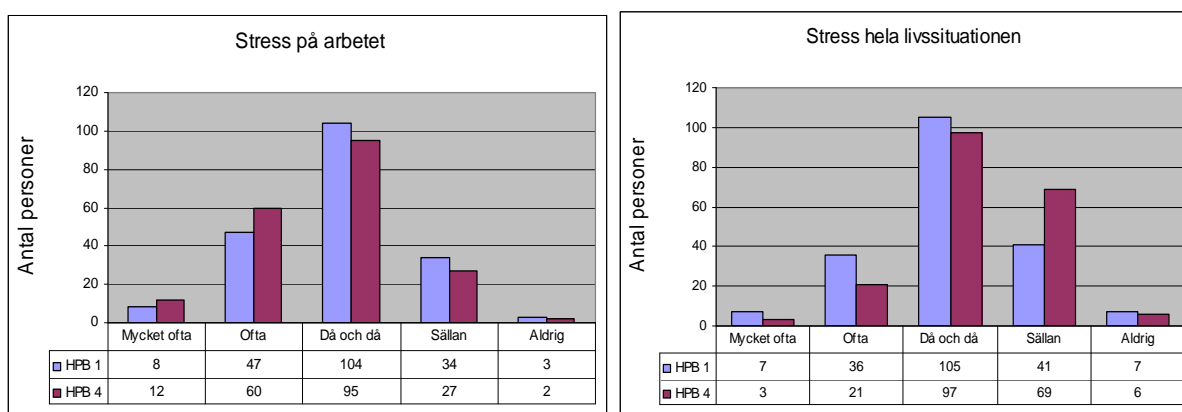
För att få svar på om upprepade hälsoprofiler skulle komma att leda till förbättrad fysisk prestationsförmåga hos de deltagare som genomgått alla fyra hälsoprofilerna, jämfördes konditionstalen mellan första och fjärde hälsoprofilen, se figur 5. Antal personer som deltagit vid alla fyra tillfällena uppgick till 196 och det var samma personers konditionstal som jämfördes mellan de båda cykeltesterna. Procentuellt sågs *en förbättring av den fysiska prestationsförmågan vid senaste cykeltestet mätt utifrån konditionstalet med 4 %*.

Samma personer fick också uppge sina motionsvanor den senaste månaden. Svartalternativen som fanns att välja mellan var aldrig, då och då, 1-2 ggr/vecka, 3-5 ggr/vecka och > 5ggr/vecka.

Tabell 3. Jämförelse av motionsvanor mellan första och fjärde hälsoprofilen.

	Aldrig	Då och då	1-2 ggr/vecka	3-5 ggr/vecka	>5 ggr/vecka
HPB 1	11	35	81	56	14
HPB 4	5	24	64	85	19
Skillnad	-6	-11	-17	29	5

Utifrån personernas svar på sina motionsvanor sista månaden, tolkades svarsalternativen aldrig, då och då som hälsovådliga, då däremot svarsalternativen 1-2 ggr, 3-5 ggr och > 5 ggr/vecka tolkades som hälsofrämjande. Procentuellt sågs *en förbättring vid fjärde hälsoprofilen av motionsvanorna med 9 % jämfört med första hälsoprofilen.*



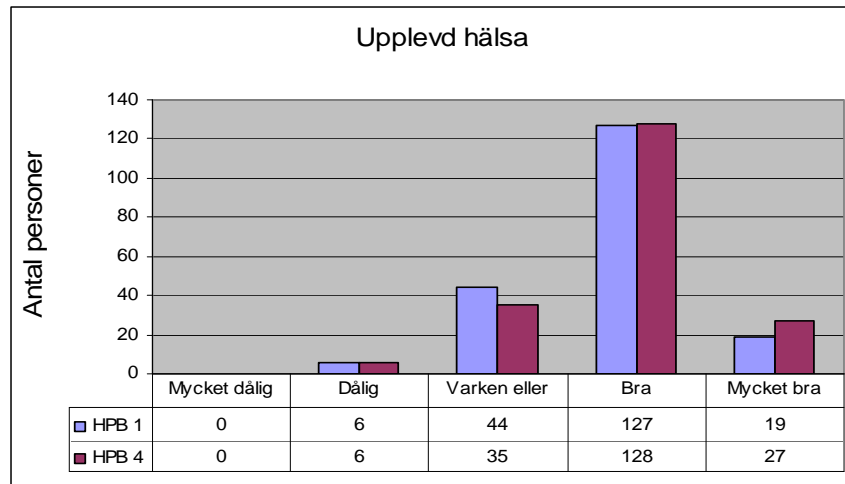
Figur 6 och 7. Jämförelse av upplevd stress på arbetet/stress hela livssituationen mellan första och fjärde hälsoprofilen.

Utifrån personernas svar på upplevd stress i arbetet alt. stress i hela livssituationen tolkas svarsalternativen då och då, sällan och aldrig som hälsofrämjande då däremot svarsalternativen mycket ofta och ofta tolkas som hälsovådliga. Utifrån de svar som angavs hade den *hälsovådliga stressen på arbetet ökat med 9 % från första till fjärde hälsoprofilen.*

*Den hälsovådliga stressen i hela livssituationen hade däremot minskat med 10 %.*

Fördelningen hur ofta stress på arbetet/stress hela livssituationen upplevdes kan utläsas i figur 6 och 7.



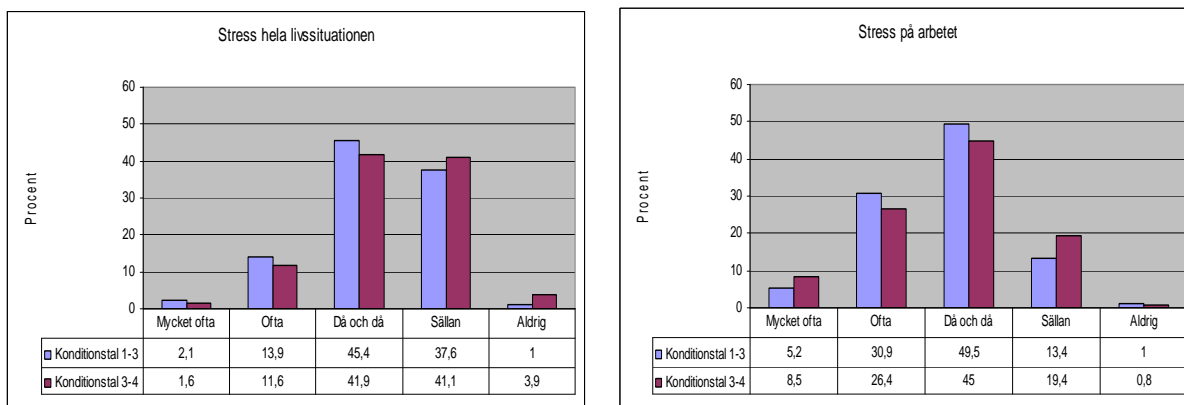


Figur 8. Jämförelse av upplevd hälsa mellan första och fjärde hälsoprofilen.

Här fick deltagarna uppge på en femgradig skala, hur de upplevde sin hälsa. Svartalternativen mycket dålig, dålig och varken eller, skall tolkas som hälsovådliga då däremot svartalternativen bra och mycket bra, skall tolkas som hälsofrämjande. Svartalternativen *bra* och *mycket bra* upplevd hälsa, hade ökat med 5 % från första till fjärde hälsoprofilen. Fortfarande var det drygt 20 % som upplevde sin hälsa på nivåer som betraktas som hälsovådliga eller som riskfaktor för ohälsa.

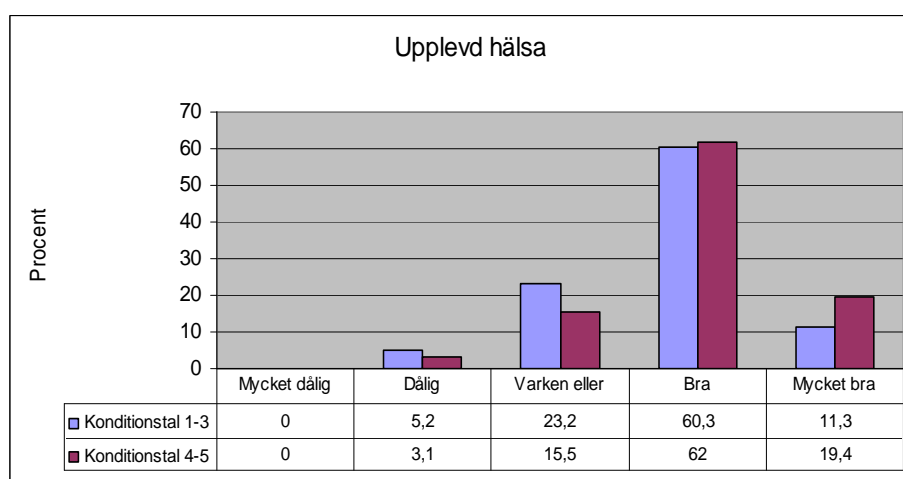
### Hälso- och stressupplevelser i relation till fysisk prestationsförmåga

För att besvara frågeställningen om det fanns skillnader i stress- och hälsupplevelser utifrån fysisk arbetsförmåga delades de anställda upp i två grupper vid den fjärde HPB uppföljningen. Uppdelningen gjordes utifrån var och ens konditionsvärden där personer med beräknat konditionstal på 1-3 ingick i en grupp och de med konditionstal på 4-5 ingick i en annan, se indelning tabell 2 . Antalet personer med beräknade konditionstal på 1-3 uppgick till 194 personer, varav 166 kvinnor och 28 män. De personer med högre konditionstal dvs.4-5 uppgick till 129 personer varav 121 kvinnor och 8 män. Eftersom antalet personer i de två grupperna blev olika valde jag att presentera resultatet i procent.



Figur 9 och 10. Staplarna visar hur ofta stress upplevdes i hela livssituationen alt. i arbetet jämfört mellan personer med konditionstal 1-3 och personer med konditionstal 4-5.

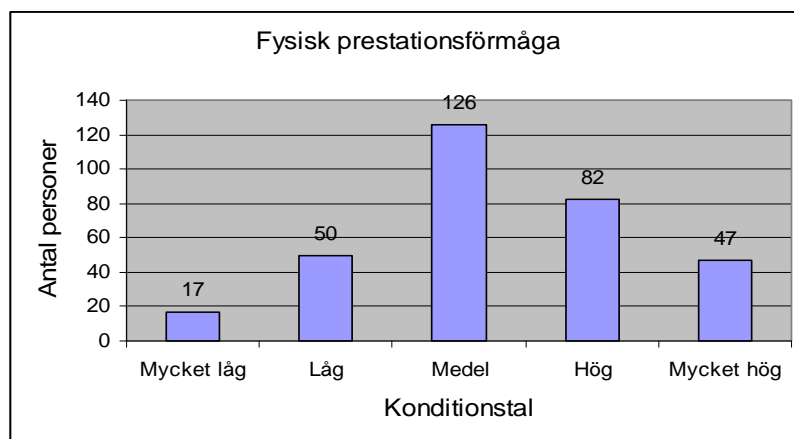
Vid bedömning av hur ofta stress upplevs hos deltagarna, skall värden då och då, sällan och aldrig tolkas som hälsofrämjande, då däremot stressupplevelse som förekommer mycket ofta och ofta tolkas som hälsovådliga. Av de personer med konditionstal mellan 1-3, dvs lägre kondition, var det 16 % som uppgav att de upplevde ofta eller mycket ofta stress i hela livssituationen och vad gällde stress på arbetet ökade siffran till 36 %. Motsvarande värden för gruppen med konditionstal på 4-5, dvs högre kondition, blev 13 % resp. 35 %. *Skillnaden mellan grupperna vad gäller hälsovådlig stress i hela livssituationen blev 3 %, där personerna med lägre kondition upplevde mer stress.* Oavsett hög eller låg kondition hos deltagarna upplevde ca 36 % en stress på arbetet som kan betraktas som hälsovådlig.



Figur 11. Jämförelse av upplevd hälsa till kropp och själ mellan personer med beräknat konditionstal 1-3 och personer med beräknat konditionstal 4-5.

Vid bedömning av hälsa skall personen svara att han/hon upplever hälsan som bra eller mycket bra för att den inte skall bedömas som belastande dvs. riskfaktor för ohälsa. I gruppen med beräknat konditionstal på 1-3 (mindre vältränade) kom 72 % på en nivå som anses hälsofrämjande. I gruppen med beräknat konditionstal på 4-5 (vältränade) kom 82 % att nå bra eller mycket bra upplevd hälsa, som då skattas vara hälsofrämjande. *Skillnaden i upplevd hälsa mellan de två grupperna uppgick alltså till 10 %, där gruppen med beräknade konditionstal på 4-5 upplevde sin hälsa bättre.*

### Antalet fysiskt inaktiva personer vid den fjärde uppföljningen av hälsoprofilen



Figur 12. Fördelning avseende beräknade konditionstal vid den fjärde hälsoprofilen.

Vid den fjärde hälsoprofilen där sammanlagt 322 personer cyklade var *det 67 personer som fick låga eller mycket låga konditionstal* vid konditionstestet. Antalet personer i denna grupp skulle troligen blivit högre om alla som deltog i hälsoprofilen cyklat men det var 64 personer som avböjde konditionstestet av olika anledningar.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Submaximalt test på cykelergometer enligt Åstrand, användes i första hand för att se förändringar i fysisk arbetsförmåga hos en och samma person vid upprepade mättillfällen. Trots stora metodfel valde jag att använda konditionstalet som räknas ut vid cykeltestet som mått på fysisk prestationsförmåga i denna studie. Fördelen med konditionstalet jämfört med testvärdet är att det utgår från den aktiva kroppsmassan, snarare än från vikten, vilket minskar metodfelet. Redan 1960 beskrev Wilhelm von Döbeln sin metod skelettmätning i en artikel i Läkartidningen nr 36. Förutom kroppslängden mäts skelettdiametern vid handleder och knän noggrant och därigenom kan den fettfria kroppsvikten räknas ut med mycket större säkerhet. Skelettet utgör 20 % dvs. 1/5, i en normal sammansättning av den fettfria kroppsvikten, FFV. FFV beräknas därefter genom att multiplicera med fem. Sambandet mellan fettfri kroppsvikt och uppmätta mått kan uttryckas genom formeln;

$$FFV = 15,1 (L^2 \times R \times F \times 100)^{0,712}$$

L = Kroppslängden, meter

R = Summan av höger och vänster radioulnarbredd, cm dvs. handledsbredden.

F = Summan av höger och vänster femurkondylbredd, cm dvs. knäledsbredden (13).

Konditionstalet är åldersanpassat och jag upplevde det i jämförelse med syreupptagningsförmågan och testvärdet som lättare att förklara för en person som inte är fysiologiskt insatt. Resultatet från cykeltestet förklaras som den aktuella arbetsförmågan individen har just nu i förhållande till den ideala fysiska arbetsförmågan som personen skulle kunna uppnå med regelbundna motionsvanor och som uttrycks i procent. Konditionstalet 100 motsvarar idealt värde och värden runt detta är bra resultat dvs. hög kondition. De flesta personer kan lätt förstå innebörden av detta resultat. Det som senare visade sig vara negativt med konditionstal som mätetal är att det varit svårt att hitta vetenskapliga artiklar att jämföra med då de oftast utgått från syreupptagningsförmågan eller testvärdet. Ett annat sätt att få en uppfattning om en persons kondition är att be individen själv skatta sin dagliga fysiska aktivitet och motionsvanor under den senaste månaden. Av erfarenhet har man sett att vissa personer

överskattar sin fysiska ansträngning och räknar t.ex. långsammare promenader som motion (8).

Metodiken Hälsoprofilbedömning upplevde jag som ett bra instrument för att få människor att se helheten av den livsstil de valt och som de själva kan påverka. Dialogen mellan hälsoprofilbedömaren och den anställde är oerhört viktig, att möta personen där han/hon befinner sig och att under samtalets gång försöka få personen till insikt och eget ställningstagande då det gäller den egna hälsan. När man lyckas hjälpa någon att förbättra sina hälsovanor, beror dels på hur man som hälsoprofilbedömare lyckas att lyssna in den andra människan och utgå från hans eller hennes situation men också på personens tidigare erfarenheter av fysisk aktivitet och inte minst om inre motivation till beteendeförändring finns. De anställda själva framhöll att det var samtalet mer än formuläret i sig som var mest positivt och vetskapen om att de mål som satts följdes upp med jämna mellanrum.

Budskapet från ledningen att alla anställda skulle delta i såväl hälsoprofil som cykeltest kändes kränkande både för mig och inte minst för de anställda som var tveksamma till deltagandet. Vid första HPB genomförandet visade en del avståndstagande och tom. ointresse vid samtalet. Glädjande nog blev de tre efterföljande HPB uppföljningarna oväntat positiva. Troligen pga de som varit misstänksamma nu kände tillit till oss som genomförde profilerna och att samtalen till stor del utgick från var och ens motivation och målsättning.

Antalet som valde att inte cykla och därmed inte fick någon uppfattning om sin fysiska kapacitet kan tyckas många och olika orsaker uppgavs t.ex. besvär från rörelseapparaten. Min uppfattning är att de som inte var intresserade av fysisk aktivitet och därmed riskerade att få låga konditionstal kände ett motstånd till konditionstestet och därför avböjde testet men för övrigt deltog i hälsoprofilen. Det är otur eftersom det är dessa personer plus de personer som fått sitt beräknade konditionstal på en nivå motsvarande mycket lågt eller lågt konditionstal som är särskilt viktiga att identifiera och att lägga fokus på vad gäller hälsopromotivt arbete, både för deras välbefinnande och för att orka med arbetsdagen.

Regeringspropositionen 2002/03:35 har visat på att människors beteende och levnadsvanor påverkas endast i begränsad omfattning av information och kunskapsspridning, utifrån forskning inom detta område. Hälsoupplýsning i form av förmedling av ett budskap från en person till en annan, i en viss speciell situation och vid ett särskilt problem eller behov, är den form som är mest effektiv. Det är alltså samspelet eller mötet mellan två personer, sändaren och mottagaren, som är det väsentliga. Med hälsokommunikation vill man åstadkomma en genomgripande förändring av människors levnadsvanor (livsstil), då är det inte realistiskt att

förvänta sig ett snabbt beslut och förändrat beteende bara genom att ett budskap har framförts (10). Forskningsresultaten talar istället för att det bästa sättet att påverka människor är i individuella hälsosamtal. I en sådan situation finns ofta ett ömsesidigt intresse av att dela med sig och ta del av information (4). Förändringsarbete karakteriseras oftast av många små steg från total fysisk inaktivitet till regelbunden fysisk aktivitet. Hälsoprofilbedömning är med tanke på detta ett mycket bra instrument för attityd- och beteendeförändring med sikte på ökad fysisk aktivitet (6). Efter en HPB får de anställda förhoppningsvis ett bra underlag för att kunna fatta egna beslut om att ändra sitt beteende för att på kort eller lång sikt förbättra sin hälsa (4).

En speciellt intressant fråga i formuläret är den sista, som handlar om hur personen själv skattar sin hälsa till kropp och själ, se bilaga 2. Detta är ett sätt att mäta hälsa och används som skattning av hälsa även inom hälso- och sjukvården för att beskriva hälsa och vilken effekt olika behandlingar har haft i olika patientgrupper. Det kallas även för hälsovinster i termer av förbättrad, självupplevd hälsa för individen. Det har visat sig att denna variabel har stor prediktiv förmåga både vad gäller dödlighet och framtida sjukdomar, större än t.ex. läkarbedömningar (11).

## Resultatdiskussion

Resultatet vid jämförelse av konditionstal mellan första och fjärde konditionstestet visde en 4 % förbättring, se figur 5. Deltagarnas motionsvanor hade också ökat vad gäller antalet genomförda motionstillfällen per vecka som personerna uppgivit. Personer som motionerar aldrig eller då och då hade blivit 17 färre, motion en gång i veckan hade även den minskat med 17 personer, då däremot 3-5 ggr/vecka hade ökat med 29 personer och > 5ggr/vecka ökat med 5 personer jämfört med första hälsoprofilen, se tabell 3. Förklaringen till att konditionstalen inte ökat i motsvarande grad som motionsvanorna kunde varit att ansträngningsgraden inte varit tillräcklig hög vilket krävs för en höjning av konditionstalet. Även om det ur hälsosynpunkt är bra med regelbundna promenader som många uppgav att de gjorde 3-4 ggr/vecka, var det inte denna grupp jag avsåg att jämföra med utan den grupp som verkligen hade bra kondition dvs. konditionstal runt 100 %. Eftersom vi varit flera hälsoprofilbedömare, fanns anledning att anta att vi gav olika information vad gäller intensiteten för fysisk aktivitet som krävdes för att öka konditionen. Kanske hade den fysiska

prestationsförmågan blivit högre vid fjärde hälsoprofilen om klarare information givits angående vad som krävdes för att öka den, dvs. en pulsökning och ansträngningsgrad runt 13 på Borgskalan (samma ansträngningsnivå som personen bör komma upp i under cykeltestet). Slutsatsen i SBU rapporten "Metoder för att främja fysisk aktivitet" visade på att intentioner som inkluderar såväl fysisk aktivitet som kost och stresshantering, ökade den fysiska aktiviteten, vilket även min studie gjorde.

En studie som publicerades 2005 av B.Ekblom, L-M. Engström och Ö. Ekblom där syftet var att se om det fanns skillnader i fysisk prestationsförmåga mellan svenska män och kvinnor i åldern 20-65 år. I denna studie mättes den fysiska prestationsförmågan som maximal syreupptagnings-förmåga ( $VO_{2max}$ ) och testvärde (ml/min/kg). Mätningarna gjordes vid två tillfällen, 1990/1991 och upprepades 2000/2001. Resultatet visade att den fysiska prestationsförmågan minskade med stigande ålder hos männen men ingen skillnad bland kvinnorna. En bidragande orsak kunde vara att männen i förhållande till kvinnorna ökade mest i vikt och därigenom fick ett lägre testvärde (14). Då männen i min studie var så få som 13 st och kvinnornas antal uppgick till 181 st kändes det inte relevant att göra en jämförelse mellan könen.

*Den skadliga stressen på arbetet ökade med 9 % mellan första och fjärde profilen.*

Förklaringen till den ökade upplevda stressen kunde vara organisationsförändringar som påbörjades i samband med den fjärde profilen. Flertalet anställda påtalar ovissheten angående framtiden vad gäller sammanslagningar av kliniker, byte av chefer, omplacering av de anställda mm. Ovissheten är stor och ingen vet egentligen vad resultatet blir när det är klart. Förvisso fanns ett mindre antal personer som tog det lugnt och insåg att när de inte kunde påverka utvecklingen var det ingen ide att lägga sin energi där utan istället vänta och se vad resultatet blev.

*Stressen vad gäller hela livssituationen har minskat med 10 % mellan första och fjärde profilen vilket kan tolkas som att de anställda har en livssituation på fritiden med familj och vänner som kan vara en motvikt till stressen på arbetet. Medelåldern är hög och många har vuxna barn som flyttat hemifrån. Många upplevde att när arbetsdagen var slut hade de tid till vila och återhämtning men det fanns även de som hade gamla föräldrar att tänka på och sköta om på sin fritid.*

*Den upplevda hälsan till kropp och själ har förbättrats med 5 % från första till fjärde profilen, trots att den upplevda stressen på arbetet ökat och medelåldern är högre. Orsaken till att hälsan nu skattas högre än för sex år sedan kan förklaras med de förbättrade levnadsvanor som gruppen som helhet uppvisar ff. ses förbättrade motions- och kostvanor som kan öka*

möjligheten att hantera skadlig stress. Ytterligare en faktor kan vara att flertalet uppger sig ha ett lugnt och tillfredställande liv utanför arbetet vilket ger plats för återhämtning och vila.

*Vid jämförelse mellan personer med låg resp. hög kondition och deras upplevelse av stress i hela livssituationen finner man en 3 % skillnad dvs. mindre stress hos gruppen vältränade, se figur 9. Ingen skillnad syntes när det gällde upplevd hälsovådlig stress på arbetet mellan de två grupperna, se figur 10. Detta är intressant då ett stort antal dvs. 36 % upplevde hög stress i arbetet oberoende av konditionsnivå. Detta kan tolkas som att fysisk aktivitet inte ensamt kan ses som en faktor för att minska stressen på arbetet. Organisationsförändringar och därmed oro och stress inför framtiden kan inte förväntas att minska genom att den enskilde individen uppmanas att öka sin fysiska aktivitet utan här krävs en kombination där även arbetsmiljön ses över, för att bättre klara stressen. Sambandet mellan en god fysisk prestationsnivå och upplevelsen av att må bra både fysiskt och psykiskt finns dokumenterat i flera studier. Detta stämmer även band de anställda jag har undersökt då 10 % fler upplevde sig ha en god eller mycket god hälsa bland dem som uppnådde hög eller mycket hög kondition på cykeltestet.*

Resultatet skall rapporteras över till ledningen och arbetsplatserna, där de anställda sedan fortsätter att jobba med personligt uppsatta mål för hälsa och fysisk aktivitet, tills nästa uppföljning om två år. Den grupp av personer som ligger i riskzonen för ohälsa behöver få extra stöd och resurser. Det är inte troligt att dessa personer själva orkar ändra på sina livsstilvanor då det kanske handlar om flera riskbeteenden. Det kan vara lätt att förneka eller att inte ta till sig budskapet, då man upplever sig ha varken resurser eller förmåga till lösning. Här skulle vi på företagshälsovården kunna vara en aktör som jobbar vidare med denna grupp. Att ändra vanor är svårt men med uppmuntran, långsiktiga mål och återkommande uppföljningar kommer många att må bättre, det är min förhoppning.

## **Slutsatser**

Resultatet tyder på att upprepade hälsoprofiler leder till ett ökat intresse för den egna hälsan vilket har påverkat motionsvanorna och konditionen positivt. Stressen på arbetet har ökat



oberoende av konditionsnivå, vilket troligen beror på omorganisationer. Hälsan upplevdes bättre hos gruppen som var vältränade. Även stressen i hela livssituationen var lägre hos de vältränade.

Eftersom ingen kontrollgrupp fanns kan resultatet inte säkert sägas ha samband med upprepade hälsoprofilbedömningar.

## Referenser

1. Faskunger J, Hemmingsson E. (1973) Vardagsmotion : vägen till hållbar hälsa : fysisk aktivitet, viktkontroll och beteendeförändring. Ny utg.2005
2. Faskunger J. (2007) [Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet](http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703_Byggd_miljo_web.pdf). Statens Folkhälsoinstitut R 2007:3  
[http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703\\_Byggd\\_miljo\\_web.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/3380/R200703_Byggd_miljo_web.pdf)
3. FYSS 2008:4 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) i samarbete med Statens folkhälsoinstitut.  
<http://www.fyss.se/>
4. Andersson, G., Malmgren, S., & Johrèn, A. (2004). Effektiv friskvård –Lönsammare företag. Prevent
5. Biddle, S.J.H., Fox, K.R., Boutcher, S.H., & Faulkner, G.E.(2000). Physical activity and psychological well-being.
6. Statens beredning för medicinsk utvärdering. ”Längre liv och bättre hälsa- en rapport om prevention” (kap 9). SBU-rapport nr 132. 1997  
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/Langre\\_liv\\_battre\\_halsa.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/Langre_liv_battre_halsa.pdf)
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för att främja fysisk aktivitet, 2007  
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet/>
8. Apitzsch E. (2004) Projektplan; Motiv för och spontana förändringar i fysisk aktivitet. Institutionen för psykologi, Lunds universitet  
<http://www.idrottsforum.org/articles/apitzsch/apitzsch.html>
9. Andersson, G., Forsberg, A., & Malmgren, S. (1999). Konditionstest på cykel - testledarutbildning. Farsta: SISU Idrottsböcker. Reviderad 2006.
10. Regeringsproposition 2002/03:35 Slutrapport för regeringsuppdrag om hälsoinformation och hälsokommunikation. Förslag hur framtidens hälsoinformation bör bedrivas. (2004)
11. Medin J, Alexandersson K. (2000) Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur
12. Pellmer K, Wramner B (2007) andra uppl. Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm : Liber
13. Wilhelm von Döbeln (1960) Mätmetoder och nomenklatur. Läkartidningen nr 36.
14. Ekblom B, Engström L-M, Ekblom Ö. Secular trends of physical fitness in Swedish adults. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports 2007:17

# HÄLSOPROFILBEDÖMNING™

## Frågeformulär



Alla frågor gäller den **SENASTE MÅNADEN**. Markera med kryss.

Namn P R		Avd/adress			Telefon	
<b>FÄRDSÄTT TILL OCH FRÅN ARBETSPLATSEN</b> Sammanlagd tid/dag		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
<b>FRITID</b>		Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Mycket ofta
Träffa släkt och vänner		1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Skötsel, underhåll, renoivering av hus/hem		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Studier, utbildning		1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
Evensamang: t ex teater, utställningar, konsert, bio, idrott, café, pub, dans		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Föreningsliv		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
TV, video/dvd, dator, litteratur, musik		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Natur och friluftsliv		1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
Hobbies/bvrigt .....		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
<b>MOTION</b> Utbövar fysisk aktivitet på arbete, färdstätt, fritid Avsätter tid för motion med syfte att bibehålla/ förbättra kondition/hälsa och välbefinnande		JAG MOTIONERAR		Aldrig	Då och då	1-2 ggr/vecka
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
<b>KOST</b>		JAG BEDÖMER ATT MINA KOSTVANDOR ÄR		Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga
		1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>TOBAK</b> Pipa eller annan tobak omräknas i cigaretter		JAG RÖKER		≥ 20 cig/dag	11-19 cig/dag	1-10 cig/dag
		1	2	3	4	Vid enstaka tillfällen/"feströkar" Röker ej <input checked="" type="checkbox"/>
		JAG SNUSAR		Minst 1 dosa/dag	4-6 dosor/vecka	2-3 dosor/vecka
		1	2	3	4	Högst 1 dosa/vecka Snusar ej <input checked="" type="checkbox"/>
<b>ALKOHOL</b>		JAG DRICKER ALKOHOL		Mycket ofta/periodvis i stora mängder	Ofta	Då och då
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Sällan
		Aldrig		5		
<b>MEDICIN</b>		JAG ANVÄNDER NÅGON ELLER NÅGRA AV DESSA MEDICINER		Mycket ofta	Ofta	Då och då
Värktabletter <input type="checkbox"/> 4 Sömnmedel <input type="checkbox"/> 5		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Sällan
Magmedicin <input type="checkbox"/> 5 Stämningreglerande <input type="checkbox"/> 5		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Aldrig
Övrig medicin: ..... 2						5
<b>SYMPTOM</b>		JAG HAR NÅGOT ELLER NÅGRA AV DESSA SYMPTOM		Mycket ofta	Ofta	Då och då
Rygg-/ nackbesvär <input type="checkbox"/> 3		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Sällan
Värk <input type="checkbox"/> 5 Sömnsvårigheter <input type="checkbox"/> 4		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	Aldrig
Magbesvär <input type="checkbox"/> 3 Trötthet <input type="checkbox"/> 4		1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
Övriga symptom: ..... 5						5
<b>UPPLEVD STRESS</b>		JAG KÄNNER MIG STRESSAD		Mycket ofta	Ofta	Då och då
Avsar hela livssituationen		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Sällan
Avsar enbart på arbetet		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Aldrig
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
<b>UPPLEVD ENSAMHET</b>		JAG KÄNNER MIG ENSAM		Mycket ofta	Ofta	Då och då
Avsar hela livssituationen		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Sällan
Avsar enbart på arbetet		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Aldrig
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
<b>UPPLEVD HÄLSA</b> Kropp och själ		JAG UPPLEVER ATT MIN HÄLSA ÄR		Mycket dålig	Dålig	Varken bra eller dålig
		1	2	3	4	Bra
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Mycket bra
		1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

# HÄLSOPROFILBEDÖMNING™

-ett tvärvetenskapligt utprovat koncept

**HEALTH  
PROFILE  
INSTITUTE**

HÄLSOPROFIL		Förnamn <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K		Efternamn	
FÄRDSÄTT 1 2 3 4 5		Gatuadress		Ortadress	
FRITID 1 2 3 4 5		Telefon - arbetet		Telefon - mobil	
MOTION 1 2 3 4 5		Personnummer		Ålder	
KOST 1 2 3 4 5		Arbetsplats		Avdelning	
TOBAK 1 2 3 4 5		FYSISK ARBETSSITUATION 1 2 3 4 5		FYSISK AKTIVITET FÖRE 20 ÅRS ÅLDER 1 2 3 4 5	
ALKOHOL 1 2 3 4 5		Längd		Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
MEDICIN 1 2 3 4 5		Handleder + =		Medicin påverkande Hjärtkärnsystemet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Blodfetterna <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
SYMPTOM 1 2 3 4 5		Knäleder + =		Diagnostiserat högt blodtryck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
UPPLEVD STRESS 1 2 3 4 5		Produkt		Blodtryck	
UPPLEVD ENSAMHET 1 2 3 4 5		Beräknad skelettvikt		Beräknad fettfri kroppsvikt	
UPPLEVD HÄLSA 1 2 3 4 5		Bedömning av beräknad fettfri kroppsvikt Undervärderad <input type="checkbox"/> Korrekt <input type="checkbox"/> Övervärderad <input type="checkbox"/>		Fysiskt aktiv min/dag Arbete ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Färdväg ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Fritid ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Motion ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Summa ..... min/dag	
Anteckningar		Beräknad undre viktgräns		Beräknad övre viktgräns	
		Önskad vikt		Aktuell vikt	
		Motionerar minst 3 ggr/vecka <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja		Fysisk aktiv - totalt minst 30 min/dag <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja	
		Beräknat syreupptagning - O <sub>2</sub> l/min { }		1 2 3 4 5	
		Beräknat testvärde - O <sub>2</sub> ml/kg*min 1 2 3 4 5 Undervärderat <input type="checkbox"/> Korrekt <input type="checkbox"/> Övervärderat <input type="checkbox"/>		Pga:	
		Beräknat konditionstal - % { }		1 2 3 4 5 Undervärderat <input type="checkbox"/> Korrekt <input type="checkbox"/> Övervärderat <input type="checkbox"/>	
		Pga:		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Godkänner registrering på dator	
Av HPI Health Profile Institute utbildad hälsoprofilbedömare		Datum och tid		HPB nr	





