

**Kartläggning över vårdpersonalens fysiska
prestationsförmåga, aktivitet och
hälsotillstånd före och efter ett 10 veckors
individuellt hemträningssprogram**

Empirisk studie

Sara Back

Maj Ehrström

EXAMENSARBETE	
Arcada- Avdelningen för idrott, social- och hälsovård	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	3715 och 3716
Författare:	Sara Back och Maj Ehrström
Arbetets namn:	Kartläggning över vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd före och efter ett 10 veckors individuellt hemträningsprogram. En empirisk studie.
Handledare (Arcada):	Joachim Ring
Uppdragsgivare:	Vårdenhet i södra Finland
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är ett beställningsarbete av en vårdenhet i södra Finland. Arbetet är en kvantitativ empirisk studie där syftet var att kartlägga vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram samt studera hur vårdpersonalen förbinder sig till hemträningsprogrammet. Detta gjorde vi för att lägga en grund för ett hälsofrämjande arbete på arbetsplatsen i framtiden. Designerna som användes var en pretest-posttest design och en "one-shot" fallstudie. Mätinstrumenten som användes i studien var UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille, UKK-terveysseula, stegmätare, aktivitetsdagbok och Borg-skalan.</p> <p>Resultat: Den fysiska prestationsförmågan var relativt god bland vårdpersonalen i jämförelse med jämnåriga. Svagheter fanns i ryggens muskulatur samt bröst- och armmuskulerna, men benstyrkan kunde däremot klassas som väldigt god. Vårdpersonalen rörde i allmänhet på sig för lite om man jämför med rekommendationerna (Finska läkarföreningen Duodecim 2010). Hälsotillståndet bland vårdpersonalen ansågs som relativt gott, men resultaten visade att problem i stöd- och rörelseorganen är allmänna. Alla vårdare var intresserade av motion och största delen ansåg sig ha goda förutsättningar för att fritidsmotionera. Enligt resultaten bedömdes vårdpersonalen inte vara motiverade till att följa de individuellt utformade hemträningsprogrammen. De motionerade hellre på andra sätt, till exempel genom promenader.</p>	
Nyckelord:	Fysisk prestationsförmåga, fysisk aktivitet och hälsotillstånd.
Sidantal:	82
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	17.12.2012

DEGREE THESIS	
Arcada- Department of sports, social- and health service	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	3715 and 3716
Author:	Sara Back and Maj Ehrström
Title:	A mapping over the physical performance, activity and state of health among the care staff before and after a ten week non-supervisory individual training program at home
Supervisor (Arcada):	Joachim Ring
Commissioned by:	Care unit in the South Finland
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is conducted as a study for a care unit in South Finland. It is a quantitative empirical study where our aim was to map the physical performance, physical activity and health condition of the care staff before and after a ten week non-supervisory individual training program at home. We also wanted to investigate how the care staff is conditioning to the training program. This was done to build a foundation for health promotion at the workplace in the future. The designs used were a pretest–posttest design and a “one-shot” case study. The measuring instruments we used in the study were UKK-health condition test for middle aged people, UKK-health questionnaire, pedometer, activity journal and the Borg’s scale.</p> <p>Result: The physical performance of the care staff was relatively good, in comparison to contemporary people. Weaknesses were found in the muscles of the back, breast and arms, but the leg strength was however very good. The care staff did not exercise enough comparing to the recommendations (Finska läkarföreningen Duodecim 2010). The state of health among the care staff was in general good, but the result showed that muscular- and skeletal problems are common. Everbody was interested in exercising and most of the staff thought that they have good prerequisites to do recreational exercise. According to the results the care staff was not motivated to follow the individual training programs. They rather exercised by taking walks for example.</p>	
Keywords:	Physical performance, physical activity and state of health
Number of pages:	82
Language:	Swedish
Date of acceptance:	17.12.2012

OPINNÄYTE	
Arcada-Terveysten ja hyvinvoinnin osasto	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	3715 ja 3716
Tekijä:	Sara Back ja Maj Ehrström
Työn nimi:	Kartoitus hoitohenkilökunnan fyysisestä suorituskyvystä, aktiivisuudesta ja terveydentilasta ennen ja jälkeen 10 viikon henkilökohtaisen kotiharjoitteluohjelman
Työn ohjaaja (Arcada):	Joachim Ring
Toimeksiantaja:	Hoitoyksikkö Etelä-Suomessa
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä on erään eteläsuomalaisen hoitoyksikön tilaama kvantitatiivinen empiirinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan fyysinen suorituskyky, aktiivisuus ja terveydentila ennen ja jälkeen 10 viikon ei-valvotun henkilökohtaisen kotiharjoitteluohjelman. Haluamme myös tutkia kuinka hoitohenkilökunta sitoutuu 10 viikon ei-valvottuun henkilökohtaiseen kotiharjoitteluohjelmaan. Työn on tarkoitus luoda alusta terveyttä edistävälle työlle kyseisellä työpaikalla. Työssä käytettiin kahta designia; pretest-posttest design ja ”one-shot”-case study. Mittaukset teimme käyttämällä seuraavia välineitä; UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille, UKK-terveysseula, askelmittari, aktiivisuuspäiväkirja ja Borgin asteikko.</p> <p>Tulos: Hoitohenkilökunnan fyysinen suorituskyky oli suhteellisen hyvä, verrattuna samanikäisiin henkilöihin. Heikkouksia löytyi selän-, rinnan- ja käsivarsien lihaksistossa, kun taas jalkojen lihasvoima todettiin todella hyväksi. Suositukseen nähden hoitajat eivät keskimäärin liikkuneet tarpeeksi. Hoitajien terveydentila todettiin suhteellisen hyväksi, mutta tulokset osoittivat että onglemat tuki- ja liikuntaelimissä ovat yleisiä. Kaikki olivat kiinnostuneita kuntoilusta ja suurin osa hoitajista kokivat vapaa-ajan liikkumisen mahdollisuudet hyväksi. Tuloksista päätellen hoitohenkilökunta ei kokenut henkilökohtaisesti suunniteltujen kotiharjoitteluohjelmien seuraamista motivoivaksi. Hoitajat kuntoilivat mieluummin esimerkiksi kävelyn muodossa.</p>	
Avainsanat:	Fyysinen suorituskyky, fyysinen aktiivisuus ja terveydentila.
Sivumäärä:	82
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	17.12.2012

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	7
1 Inledning	8
2 Problemformulering	10
2.1 Syfte	10
2.2 Forskningsfrågor.....	11
2.3 Arbetsfördelning	11
3 Centrala begrepp	12
3.1 Fysisk prestationsförmåga	12
3.2 Fysisk aktivitet	12
3.3 Hälsotillstånd	13
4 Teoretisk bakgrund	14
4.1 Stöd- och rörelseorgans problematik	15
4.2 Risker i vårdarbetet	16
4.3 Samband mellan fysisk aktivitet och en hållbar rygg	17
4.3.1 <i>Bålstabilitet</i>	18
4.4 Tidigare forskning.....	21
5 Metod	25
5.1 Studiens design	25
5.2 Studiens uppbyggnad.....	26
5.3 Beskrivning av målgruppen	27
5.4 Mätinstrument.....	28
5.4.1 <i>Aktivitetsdagbok, Borg-skala och stegmätare</i>	28
5.4.2 <i>Frågeformulär</i>	29
5.4.3 <i>UKK-Terveyskuntotestit keski-ikäisille</i>	29
5.5 Beskrivning av testtillfällena	29
5.6 Beskrivning av de individuella hemträningsprogrammen.....	30
5.7 Mätinstrumentens validitet.....	33
5.8 Mätinstrumentens reliabilitet.....	34
5.9 Databearbetning	35
5.10 Etiska reflektioner	36
6 Resultat	37
6.1 Vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga mätt med UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille.....	37

6.1.1	<i>Stå på ett ben</i>	38
6.1.2	<i>Baklängesgång</i>	38
6.1.3	<i>Stå på balk</i>	39
6.1.4	<i>Skuldrans rörlighet</i>	40
6.1.5	<i>Lateralflexion av bålen</i>	41
6.1.6	<i>Hamstrings töjbarhet</i>	42
6.1.7	<i>Gripkraft</i>	43
6.1.8	<i>Armpressar</i>	44
6.1.9	<i>Sit-ups</i>	45
6.1.10	<i>Ryggens muskelkondition</i>	46
6.1.11	<i>Spänsthopp</i>	47
6.1.12	<i>Utfallssteg</i>	48
6.1.13	<i>Sammanfattning av hela testet</i>	49
6.1.14	<i>Svagheter och styrkor i testgruppen</i>	50
6.2	Vårdpersonalens fysiska aktivitet mätt med aktivitetsdagbok och stegmätare före och efter interventionsperioden	51
6.3	Vårdpersonalens fysiska aktivitet och hälsotillstånd mätt med UKK-terveysseula före och efter interventionsperioden	52
6.3.1	<i>Fysisk aktivitet</i>	53
6.3.2	<i>Hälsotillstånd</i>	58
6.3.3	<i>Sammanfattning av resultaten från UKK-terveysseula</i>	64
6.4	Hur förbinder sig vårdpersonalen till ett 10 veckors icke- övervakat individuellt hemträningsprogram mätt med aktivitetsdagbok?	65
7	Bortfall	67
8	Diskussion	68
8.1	Metoddiskussion	68
8.1.1	<i>Metoddiskussion om mätinstrumenten</i>	68
8.2	Resultatdiskussion	71
8.2.1	<i>Resultatdiskussion: UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille</i>	71
8.2.2	<i>Resultatdiskussion: aktivitetsdagbok</i>	72
8.2.3	<i>Resultatdiskussion: UKK-terveysseula</i>	74
8.3	Relevans för arbetslivet och förslag på fortsatt forskning	75
9	Slutsatser	77
	Källor	78
	Bilagor	83

FÖRORD

Vi vill tacka vår handledare Joachim Ring som väglett oss genom examensarbetet. Vi vill också rikta ett tack till vår uppdragsgivare på vårdenheten. Vi tackar också Christian Eriksson och Elin Lindqvist som hjälpt oss under testtillfällena samt vid utformning av träningsprogrammen.

Ett extra stort och varmt tack vill vi också såklart ge till alla våra duktiga testdeltagare. Utan dem skulle detta examensarbete inte ha varit möjligt.

1 INLEDNING

Målet är att vårt arbete skall förse uppdragsgivaren med information om vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram. Dessutom kommer vi att studera hur vårdarna förbinder sig till hemträningsprogrammet. Vi hoppas att vårdenheten skall med hjälp av vår studie få en kartläggning över vårdpersonalens nuvarande hälsa för att kunna utveckla och påbörja ett lämpligt hälsofrämjande arbete och på så sätt förebygga skador i stöd- och rörelseorganen (STÖRÖ) i framtiden.

När vi började arbetet hade vi ingen bakgrundsinformation över den aktuella vårdpersonalens hälsa, så vi inledde projektet med att ta reda på hurdana problem som allmänt förekommer bland vårdare och vad dessa problem orsakas av. Det visade sig att vanliga yrkesrelaterade problem hos vårdare är olika skador i stöd- och rörelseorganen, speciellt rygg- och axelproblem (Europeiska arbetsmiljöbyrå 2008 s. 1) och att dessa sjukdomar som till stor del orsakas av felaktig fysisk belastning på arbetet är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i vårt land (Rissanen 2007 s. 4). De totala kostnaderna som STÖRÖ-skadorna orsakar för samhället uppstiger till 2,5 miljarder euro per år (Bäckmand & Vuori 2010 s. 9).

Förutom att STÖRÖ-skadorna för med sig stora kostnader för samhället och arbetsgivaren, orsakar dessa yrkessjukdomar naturligtvis också ett lidande för arbetstagaren (Rasmussen Barr 2010 s. 38) och därför är det motiverat att försöka förebygga dessa problem. Vår tid och våra resurser räcker tyvärr inte till för att skapa en tillräckligt omfattande kartläggning över vårdarnas fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd och därför kommer vi att i denna studie också ge förslag på fortsatta studier som kunde göras för att komma vidare med projektet.

I detta arbete kommer vi ofta att nämna begreppen vårdpersonal och vårdare. Med dessa begrepp menar vi alla sjuksköterskor, vårdbiträden och närvårdare som bildade vår studies population. Eftersom deltagarantalet var väldigt litet i vår studie har vi valt, på grund av etiska skäl, att inte offentliggöra vårdenheten som vi studerade. Vi använder

istället ordet "vårdenhet". Uppdragsgivaren fungerade också som kontaktperson på vårdenheten

2 PROBLEMFÖRMULERING

Winroth & Rydqvist (2008 s. 44-45) anser att man med hjälp av friskvård kan sänka sannolikheten av sjukskrivningar, öka arbetseffektiviteten, minska kostnaderna, förbättra det psykosociala klimatet på arbetsplatsen samt bidra till att personerna på individnivå mår bättre överlag. Enligt Winroth & Rydqvist (2008 s. 27) bör det dock alltid först göras utredningar över den nuvarande situationen innan ett hälsofrämjande arbete kan påbörjas. I vårt examensarbete samlar vi därför in data över det nuvarande läget bland vårdarna på vårdenheten. Vi försöker skapa en bild över deras fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd. Då arbetsgivaren vet vad hon skall utgå ifrån, är det lättare för henne att påbörja ett lämpligt hälsofrämjande arbete.

Den fysiska prestationsförmågan, aktiviteten och hälsotillståndet vill vi studera under två olika tidpunkter; före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningssprogram. Detta gör vi för att kunna studera ifall det skett några förändringar i dessa tre variabler. Dessutom vill vi undersöka hur vårdpersonalen förbinder sig till hemträningssprogrammet för att mera ingående kunna analysera dess inverkan, men också för att bedöma ifall icke-övervakade individuellt planerade hemträningssprogram är motiverande för vårdare.

Problemställningen i vår studie är av beskrivande typ. En beskrivande frågeställning försöker ofta beskriva en situation eller ett ”fenomen” vid en given tidpunkt. (Jacobsen 2007 s. 32-40) Enligt DePoy & Gitlin (1999 s. 69) lämpar sig en beskrivande problemformulering då man har som syfte att beskriva en population om vilken endast litet är känt.

2.1 Syfte

I vårt examensarbete kartlägger vi vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd på vårdenheten. I detta arbete studerar vi också hur vårdpersonalen förbinder sig till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningssprogram. Syftet med vår studie är att skapa en grund för hälsofrämjande arbete på vårdenheten.

2.2 Forskningsfrågor

I vårt examensarbete har vi ställt upp fyra frågeställningar som vi strävar efter att svara på genom projektet.

- Hurudan är vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga mätt med UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningprogram?
- Hurudan är vårdpersonalens fysiska aktivitet mätt med aktivitetsdagbok och stegmätare före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningprogram?
- Hurudan är vårdpersonalens fysiska aktivitet och hälsotillstånd mätt med UKK-terveysseula före och efter ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningprogram?
- Hur förbinder sig vårdpersonalen till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningprogram?

2.3 Arbetsfördelning

I detta arbete har skribenterna arbetat mycket tillsammans för att alla texter skall hänga ihop på bästa möjliga sätt. Vissa delar har ändå delats upp så att Sara Back koncentrerat sig på bakgrundsdelen medan Maj Ehrström ansvarat för metoddelen. Resultaten för den första och sista forskningsfrågan har redovisats av Sara Back och de två övriga frågorna av Maj Ehrström. De praktiska ärendena har båda tagit hand om. Under de två testtillfällena samt interventionstillfället har Elin Lindqvist och Christian Eriksson deltagit som instruktörer.

3 CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel förklarar skribenterna mera ingående de begrepp som ofta förekommer i studien.

3.1 Fysisk prestationsförmåga

Som synonym till fysisk kondition används ofta uttrycket fysisk prestationsförmåga. Med en bra fysisk prestationsförmåga menas att man lämpar sig till att utföra uppgifter och funktioner som innehåller fysisk belastning. (Suni et al. 2012 s. 16) I Svenska akademins ordbok (2010) är definitionen för prestationsförmåga, förmåga att prestera arbete.

Det är väldigt viktigt att ha en god fysisk prestationsförmåga för att kunna fungera i det vardagliga livet. Om prestationsförmågan är låg, om man t.ex. har dålig balans eller nedsatt kondition, kan det medföra stora begränsningar i vardagen. Prestationsförmågan försämras med åldern och det är därför viktigt att man fortsätter vara fysiskt aktiv och belastar kroppen även i högre ålder. Studier visar att man inte behöver använda tunga och extrema metoder för att förbättra prestationsförmågan, utan man kan förbättra sin prestation mycket bara genom att använda den egna kroppsvikten som belastning. (Ekblom-Bak et al. 2011 s. 40)

3.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet innebär all typ av rörelse som ger en ökad ämnesomsättning och energiförbrukning. Fysisk aktivitet har påvisats öka välbefinnandet och främja hälsan, medan fysisk inaktivitet kan bidra till hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, diabetes, cancer, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt psykisk ohälsa. (Lindeskog 2012) Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) senaste uppskattningar är fysisk inaktivitet världens fjärde största dödsorsak (Suni et al. 2012 s. 14).

3.3 Hälsotillstånd

Hälsa är ett begrepp som är svårt att mäta. Faktorer som t.ex. kulturskillnader och miljö gör det svårt att komma överens om fasta riktlinjer för vad hälsa innebär. Tidigare definierade man ett gott hälsotillstånd endast som avsaknad av sjukdom. På senare tid har man kunnat konstatera att det finns mycket annat än bara avsaknaden av sjukdom som påverkar vårt hälsotillstånd. (Thedin Jakobsson 2004 s. 1-2) WHO beskriver hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp” (World Health Organization).

4 TEORETISK BAKGRUND

”Hälsoarbete handlar om insatser som primärt syftar till att påverka hälsan på ett positivt sätt.” (Winroth & Rydqvist 2008 s. 25)

Läkekonstens fader, Hippokrates, ansåg redan 400 år före Kristus att det är lika viktigt att främja hälsan hos friska som att bota de sjuka. Under 60-talet blev begreppet friskvård mer allmänt och på 70-talet utvecklades det hälsofrämjande arbetet till en mer organiserad verksamhet. Sedan dess har det skett stora förändringar inom friskvården, som blivit mer strategisk, organiserad och utvidgats till ett bredare område och fler nivåer. (Winroth & Rydqvist 2008 s. 38-39)

I Finland är det social- och hälsovårdsministeriet som ansvarar för den allmänna hälsofrämjande verksamheten. Det är folkhälsolagen som utgör grunden för hälsofrämjandet, som är en del av folkhälsoarbetet. Ett av de prioriterade områdena är förebyggandet av olycksfall, dit också arbetsolyckor räknas. Eftersom det är omöjligt för hälso- och sjukvården att ensam ta hand om människornas hälsa, bör man samarbeta mellan samhällets alla sektorer för att resultat skall nås. Hälsoaspekterna bör beaktas i alla samhälleliga och politiska beslutsfattanden. (Social- och hälsovårdsministeriet 2011)

Olika hälsofrämjande projekt har blivit mer allmänna i Finland. Det 15 år långa folkhälsoprogrammet Hälsa 2012 är ett gott exempel på ett dylikt projekt. I bakgrunden för detta program finns WHO:s program Hälsa för alla. Hälsa 2012 är ett samarbetsprojekt mellan samhällets olika delområden och genomförs av bland annat kommunerna, näringslivet och organisationerna. Den egentliga hälso- och sjukvårdssektorn ligger i detta projekt utanför. Programmets huvudvikt är hälsofrämjande arbete och det innehåller sammanlagt åtta olika målsättningar. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001 s. 4-6) Mål nummer fyra är närmast förknippat med vårt examensarbete.

Mål nummer fyra lyder på följande sätt:

Den arbetsföra befolkningens arbets- och funktionsförmåga samt förhållandena i arbetslivet utvecklas, för att människor skall orka längre i arbetslivet och utträdet ur arbetslivet skall ske cirka tre år senare än år 2000. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001 s. 15)

Det finns olika nivåer och former av hälsoarbete eller friskvård, som det också kallas. Exempel på sådana nivåer är hälsoarbete på individ-, grupp-, organisations- och samhällsnivå. De olika formerna är t.ex lindrande-, botande- och förebyggande hälsoarbete. (Winroth & Rydqvist 2008 s. 22-30) Vårt examensarbete befinner sig mestadels på gruppnivå eftersom vi utgår ifrån det generella. Även om vi kartlägger varje vårdare individuellt och planerar individuella hemträningsprogram, är resultatredovisningen gjord på gruppnivå.

Enligt Winroth & Rydqvist (2008 s. 39) är det ökade intresset för hälsofrämjande arbete inom organisationer och företag troligen främst beroende på den ökade medvetenheten om att kvaliteten på arbetet påverkas negativt samt risken för sjukskrivningar ökar ifall personalen inte har en god hälsa. Statsrådet har rekommenderat att kommuner, instanser, centralförvaltningen och organisationer tar i beaktande programmets principer i sin planering (Social- och hälsovårdsministeriet 2001 s. 6).

4.1 Stöd- och rörelseorgans problematik

Institutet för hälsa och välfärd (THL) lyfter fram i sin guide (Bäckmand & Vuori 2010 s. 9) att sjukdomar och problem i stöd- och rörelseorganen (STÖRÖ) samt dess följder är ett stort nationellt hälsoproblem och orsakar ekonomiska bekymmer. Över en miljon finländare har någon form av kroniska STÖRÖ-problem. Var femte i arbetsför ålder och var tredje pensionär lider av belastningsskador. Dess totala kostnader uppstiger till 2,5 miljarder euro per år och de direkta kostnaderna som kommer från sjukvården uppstiger till ca 600 miljoner euro per år. Enligt THL:s guide (Bäckmand & Vuori 2010 s. 9) är bristfällig eller avsaknad av motion, arbetets fysiska belastning och andra belastningsfaktorer så som rökning, bristfällig kost och försämrad muskelstyrka de vanligaste orsakerna till ökad risk för STÖRÖ-besvär.

Speciellt inom vårddyrket är dessa problem vanliga. I Sverige gjordes en studie där man undersökte orsaker bakom sjukskötares byte av yrke samt förlängda sjukledigheter. I studien ingick 2293 vårdare och det framkom att arbete inom bl.a geriatrisk vård, otillräcklig social kontakt med arbetskamrater, negativa förändringar på arbetsplatsen och dålig subjektivt uppskattad kondition var faktorer som ökade sannolikheten till byte av yrke och förlängda sjukledigheter. (Josephson et al. 2008 s. 1)

4.2 Risker i vårdarbetet

Rissanen från arbetarskyddsdistriktens servicecentral skriver i sin guide ”Manuell hantering i arbetet” att tung arbetsbelastning så som lyft och tunga förflyttningar ökar risken för sjukdomar i stöd- och rörelseorganen. Dessa sjukdomar är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Finland. (Rissanen 2007 s. 4)

Rissanen anser att man genom god planering av arbetsutrymmen, -redskap, -ställningar och -metoder kan minska överbelastningen. Vid planeringsskedet är det viktigt med en god växelverkan mellan arbetsgivaren och arbetstagarna för att få en så väl anpassad och riskfri arbetsmiljö som möjligt. Vid planeringen av arbetsmiljön är arbetsgivaren, enligt Arbetarskyddslagen 12§, skyldig att beakta arbetstagarnas säkerhet och hälsa (Finlex 2002). Om det kommer fram att arbetstagaren belastas på ett sätt som riskerar hälsan är arbetsgivaren skyldig att vidta åtgärder som minskar eller undviker denna risk enligt arbetarskyddslagen 25§ (Finlex 2002). Speciellt vid bedömningen av lyft bör man beakta faktorer som bördans storlek och placering, arbetsmiljöns art och antalet lyft. Efter att en riskanalys gjorts bör de risker som finns avlägsnas. Om riskerna inte kan avlägsnas måste man planera andra lösningar. Vårdarna kan t.ex. inte undvika att lyfta patienter. I detta fall kan patientliftar vara en lösning som lättar bördan och minskar skaderisken. (Rissanen 2007 s. 4)

För att minska riskerna för skador i arbetet är det viktigt att ha rätt ergonomi när man utför tunga lyft. Det är arbetsgivarens uppgift att se till att arbetstagarna får tillräckligt med kunskap om detta. Arbetstagarna skall få handledning i hur man använder ett hjälpmedel rätt och få information om vilka hjälpmedel som passar i olika situationer.

Förutom rätt lyftteknik skall man också poängtera vikten av den egna konditionen och muskelstyrkan som lägger grunden för den egna hälsan. (Rissanen 2007 s. 8)

I vårdarbetet arbetar personalen genom att de lyfter, bär och förflyttar patienter. De har oftast tillgång till redskap som underlättar och minskar den fysiska belastningen. Alla vårdare har i sin utbildning gått igenom hur man använder dessa redskap. Däremot är kunskapen om hur man vårdar sin egen kropp, för att den ska ha den styrka och uthållighet som vårddyrket kräver, inte lika väl utbildad. Det är väldigt viktigt att hålla en god fysisk styrka inte bara för hälsans skull, utan också för att vårdarbetet kräver det. (Rahm Hallberg 2011 s. 1)

Vårddyrket hör till de yrken som har en väldigt hög risk att utveckla smärta i ländryggen. Främsta orsakerna till denna risk är de tunga lyft, patientförflyttningar och lägesändringar som vårdarbetet medför. (Europeiska arbetsmiljöbyrån 2008 s. 1)

4.3 Samband mellan fysisk aktivitet och en hållbar rygg

Waddel & Burton (2000) har gjort en systematisk översikt för att framställa en guide som kan hjälpa människor att förebygga och rehabilitera ländryggssmärta (Low back pain = LBP). Enligt Waddel & Burton (2000 s. 125) är LBP den vanligaste orsaken till varför personer i arbetsför ålder söker vård. De flesta ryggproblem rapporteras från de som har ett fysiskt tungt arbete, men faktum är att även de som anses ha ett fysiskt lättare arbete har samma problem. Man har kommit fram till att de flesta av dessa skador är relaterade till vardagliga sysslor så som olika böjningar och lyft. Lika mycket som LBP handlar om fysisk överbelastning menar Waddel & Burton att orsakerna till smärta och speciellt kronisk ländryggssmärta också kan bero på psykosociala orsaker.

I den systematiska översikten fanns en stark evidens för att fortsatta ADL-aktiviteter har en positiv inverkan på LBP. Detta medför att man återhämtar sig snabbare, rehabiliteringstiden blir kortare och att man kan återgå till arbetet fortare än om man endast äter mediciner. Det fanns också en god evidens för att ett aktivt rehabiliteringsprogram lindrar LBP. Ett rehabiliteringsprogram under en interventionsperiod kan bidra till snabbare återhämtning av smärtan, snabbare återgång

till arbetet och färre återfall av smärtan under det kommande året. Alla rehabiliteringsprogram som gett bäst effekt har innefattat progressiv träning. Detta innebär att övningarna försvårats och gjorts mera krävande efter hand som patienten blivit starkare. (Waddel & Burton 2000 s. 128-130)

Kellet et al. (1991) gjorde en studie där man undersökte vilka effekter gruppträning en gång i veckan har på personer med akut LBP. Varje träningssession varade i 45 minuter. Träningsprogrammet ändrades var sjätte månad och sammanlagt innehöll studien tre olika träningsprogram. De första 10 veckorna var träningen lätt och syftet var att deltagarna skulle lära känna sina kroppar och utföra rörelserna på rätt sätt. Efter 10 veckor progredierades träningsprogrammet. Syftet var nu att deltagarna skulle få upp värmen, bli svettiga och känna sig trötta i musklerna efter träning, men utan att känna av någon smärta. Träningsprogrammet innehöll uppvärmning, stretching, styrke- och uthållighetsträning, koordination, nervavvning och slutstretching. Efter stretchingen följde en avslappnings-session med ”spänn-slappna av metoden”¹. Deltagarna uppmuntrades också till att röra på sig på fritiden genom exempelvis promenad eller simning. Resultatet av studien visade att ett träningsprogram som utförs en gång i veckan under 1,5 år minskar sjukledigheterna med 50 procent hos personer med akut LBP. Därmed kan träningsprogram leda till märkbara nyttor för arbetsgivaren, samhället och de drabbade individerna. (Kellet et al. 1991 s. 32-35) Rasmussen Barr (2010 s. 38) skriver i sin artikel att av de som insjuknar i LBP räknar man med att hela 86 procent får återfall inom eller efter ett år.

4.3.1 Bålstabilitet

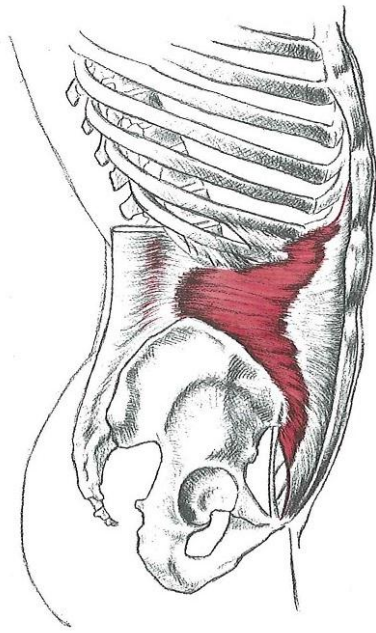
I detta kapitel kommer skribenterna att gå djupare in på bålens anatomi och fysiologi. Vi har valt att utreda detta från grunden så att även andra professioner än fysioterapeuter skall få en förståelse i hur kroppens centrum (bålen) fungerar och hur viktigt det är att ha en stark bålstabilitet.

¹Den muskulära spänningen minskas genom att växelvis spänna och slappna av musklerna i kroppen. Denna metod kan också kallas Jacobsenmetoden eller progressiv avspänning. (Landstinget Kronoberg 2004 s.1)

Det finns ett samband mellan försvagad bålmuskulatur och ryggsmärta. Genom god bålstabilitet minskar man påfrestningarna på ryggraden. Därför är bålträning med fokus på stabilitet en viktig träningsform i ett rehabiliteringsprogram till en patient som lider av ryggsmärta. (Elphinston & Pook 1999 s. 10)

En definition på begreppet bålstabilitet är enligt Rasmussen Barr (2012 s. 41): ”[...] hur effektivt ett system kan bibehålla eller återhämta sin originalposition efter en störning”. För att kunna prestera maximalt i armar och ben krävs en stark och solid bas varifrån kraften kommer. Denna bas utgörs av bålen. När armar och ben utsätts för belastning och tunga yttre krafter är det bålens uppgift att fungera som stöd så att rörelser och tunga lyft utförs säkert, effektivt och kraftfullt. Om de stabiliserande musklerna i bålen inte är tillräckligt starka kommer kroppen att kompensera ett tungt lyft med andra muskler, vilket leder till oergonomiska ställningar, försvagad kraft och i många fall belastningsskador. Med en god bålstyrka kan man utnyttja musklerna i armar och ben effektivare, minska skaderisken, förbättra balansen, stabiliteten och koordinationen samt öka idrottsprestationer. (Elphinston & Pook 1999 s. 7)

Bålen består av den raka bukmuskeln m.rectus abdominis, sneda bukmusklerna m. obliquus internus och -externus samt den tvära bukmuskeln m.transversus abdominis (Se bild 1, s. 22). Den absolut viktigaste av dessa muskler med tanke på bålstabilitet är den tvära bukmuskeln. Denna muskel löper som en korsett runt hela midjan, magen och ryggen och är avgörande för att hålla ländryggen och bäckenet stabila under rörelse. De flesta människor vet inte hur man skall träna denna muskel, utan tränar oftast enbart de ytliga magmusklerna genom sit-ups eller sneda magmuskelövningar. Genom att göra sit-ups tränar man bukmusklerna som **mobilisatorer**, det vill säga muskler som skapar rörelse istället för att träna bukmusklerna som muskler som stöder, det vill säga **stabilisatorer**. (Elphinston & Pook 1999 s. 9-11)



Leder som påverkas/passeras:

Ingen större påverkan på ländryggens intervertebralleder.

Ursprung:

Via fascia transversalis på processus costarius L1–L5. Insidan på costae 6–12. Laterala 2/3-delarna av crista iliaca labium internum. Lig. inguinale.

Fäste:

Internusaponeurosen samt linea alba.

Funktion:

Ökar det intraabdominala trycket.

Innervation:

Th7–Th12 Nn. Intercostalis.
L1 N. Ilioinguinalis Pl. Lumbalis.
L1 N. Iliohypogastricus Pl. Lumbalis.

Bild 1: M.transversus abdominis sedd från sidan (Berg et al. 2007 s. 63).

Utan muskulatur är ryggen instabil och kommer att ge vika även av en väldigt liten kompressionskraft. Om man däremot aktiverar flexor- och extensormusklerna runt ryggraden kommer ryggen att stabiliseras och man kan utföra tyngre lyft mer säkert. (Rasmussen Barr 2012 s. 39)

En studie visade att funktionella övningar som aktiverar m.transversus abdominis påverkade muskeln mer och resulterade i större muskelhypertrofi än övningar som man gör ryggliggandes. Också i denna studie betonades progressiva träningsprogrammets positiva effekt. (Rasmussen Barr 2012 s. 41)

Förutom musklerna i bålen spelar musklerna runt höften och sätet också en stor roll för att förhindra rotationer och felställningar i ryggen (Elphinston & Pook 1999 s.7). Även Neppenström et al. (2009 s. 9) uppmanar människor att träna sätesmusklerna, eftersom han menar att detta kan bidra till att minska fallolyckor avsevärt. Om muskelstyrkan inte är tillräcklig i höftregionen kan knä- och ljumsskador lättare förekomma. Om sätesmusklerna är svaga (speciellt m. gluteus medius) kommer bäckenet att tippa i sidled när vi står på ett ben. Detta medför en vridning i ländryggen och bäckenet vilket bidrar till minskad effektivitet och risk för skada. (Elphinston & Pook 1999 s.7)

I nedre extremiteterna är det alltså sätesmusklerna som bidrar till ökad stabilitet. Motsvarande muskler hittar man också i övre extremiteterna. Skulderbladet fungerar som en bas för att armarna ska kunna utföra en rörelse. För att detta skall lyckas måste skulderbladet vara fixerat mot thoraxväggen, vilket det är med hjälp av kappmuskeln m.trapezius och främre sågmuskeln m.serratus anterior. Om dessa muskler är svaga kommer skulderbladet att lyftas utåt (s.k ”vingskapula”). Detta medför försämrade armstyrka och att andra muskler, till exempel i nacken, kompenserar rörelsen, vilket i sin tur leder till ökad skaderisk i nacke och skuldra. (Elphinston & Pook 1999 s. 12)

4.4 Tidigare forskning

Ekblom-Bak et al. har i sin studie LIV 2000 undersökt motions- och levnadsvanor samt fysisk prestationsförmåga på svenska män och kvinnor i åldrarna 20-65 år. Den tekniska utvecklingen har gjort att vi numera lägger ner vår fritid framför datorn och TV:n, istället för att vara fysiskt aktiva. Ekblom-Bak et al. skriver att människan är fysiologiskt utrustad på samma sätt som för flera tusen år sedan. Människan är således inte gjord för att vara passiv utan kräver en rörlig livsstil för att hållas frisk och skadefri. Det finns ett samband mellan fysisk aktivitet och ett gott hälsotillstånd. På senare tid har man också kunnat påvisa att hård träning där man uppnår maximal puls har mycket positiva effekter för välmående och hälsa. (Ekblom-Bak et al. 2000 s. 7)

Flera studier har visat att högst 60 % av personer i arbetsför ålder har en syreupptagningsförmåga som är acceptabel (högre än 2,0 l/min). Winroth et al. (2008) skriver att en otränad person som har sin maximala syreupptagningsförmåga på 1,8 l/min, endast kan använda 20-25 % av sin kapacitet under en åtta timmars arbetsdag, vilket innebär att personen använder 0,4 l/min i genomsnitt. Om man jämför detta med en lugn promenad eller lättare hushållsarbete som kräver 0,9 l/min, förstår man att en person inte kan göra en god prestation på arbetet med en så liten kapacitet som 0,4 l/min. Med regelbunden motion, 30-60 min 2-3ggr/vecka med värdena 11 (något ansträngande) till 14 (ansträngande) på Borg-skalan menar Winroth et al. att man kan öka syreupptagningen för en otränad person med hela 50 %, alltså till 2,7 l/min. Personen kommer då att kunna utnyttja 40-50 % av sin maximala

syreupptagningsförmåga, vilket innebär 1,2 l/min under en åtta timmars arbetsdag. Dessa värden motsvarar en rask promenad. Den genomsnittliga kapaciteten över hela arbetsdagen ökade då med 200 % vilket garanterat också kommer att märkas i arbetseffekten under arbetsdagen. (Winroth et al. 2008 s. 45-46)

I LIV 90-studien, alltså den studie som företrädde LIV 2000, framkom att cirka hälften av alla unga vuxna som ingick i studien, $\frac{1}{3}$ av medelålders personerna och $\frac{1}{4}$ av åldringarna är regelbundet fysiskt aktiva (rask promenad/joggning två gånger per vecka). Det fanns inga större skillnader mellan män och kvinnor. Majoriteten av den svenska befolkningen var alltså inte tillräckligt fysiskt aktiva. De personer som i studien bedömdes helt inaktiva hade inte heller ett fysiskt aktivt arbete och fick ingen vardagsmotion till och från jobbet. År 1990 kunde man påvisa att hela 25 % av den vuxna befolkningen (både kvinnor och män inräknade) var helt fysiskt inaktiva. Det fanns till och med de som redan i 40 års ålder inte orkade promenera i en takt på 5km/h i 10 minuter. I LIV 90-studien framkom också att övervikt var vanligt i alla åldrar och man har i den nya studien, LIV 2000, påvisat att övervikten ökat ännu mera sedan den förra studien. (Ekblom-Bak 2000 s. 7-8)

I LIV 2000-studien uppgav 40 % av undersökningsgruppen (n= 854, varav 451 kvinnor och 403 män) att de motionerade minst en gång i veckan i en sådan intensitet som motsvarar rask promenad. Hälften av unga vuxna, ca 40 % av medelålders personer, 29 % av äldre kvinnor och 25 % av äldre män var fysisk aktiva enligt aktivitetsgraden som tidigare nämndes. Majoriteten var alltså inte regelbundet fysiskt aktiva i LIV 2000-studien. (Ekblom- Bak et al. 2000 s. 37)

Enligt de aktuella rekommendationerna (Finska läkarföreningen Duodecim 2010) borde alla i åldrarna 18-64 år idka rask uthållighetsträning minst 2,5 timmar per vecka eller mer ansträngande motion 1 timme och 15 minuter per vecka. Till rask motion hör bland annat raska promenader, stavgång och cykling med en hastighet under 20 km/h. Ansträngande motion är t.ex. löpning, vattenlöpning, aerobic och skidåkning. Denna aerobiska motion kan uppdelas i rask motion fem gånger 30 minuter i veckan eller ansträngande motion tre gånger 25 minuter i veckan. Den 30 minuter långa raska motionen går alternativt också att uppdelas i ännu kortare perioder, men så att en

period/ett pass varar i minst 10 minuter. Dessutom rekommenderas upprätthållande eller främjande muskelträning och rörelsekontroll för alla vuxna minst två gånger i veckan. Sådan träning är till exempel gymträning.

Fysisk prestationsförmåga

Vår fysiska prestationsförmåga försämras naturligt när vi blir äldre. Den avtar framför allt efter passerade 50-60 år. Om man märker av en försämrad prestationsförmåga ännu tidigare beror det i flesta fall på nedsatt fysisk aktivitet och kroppsbelastning. Den främsta orsaken till för låg fysisk aktivitet var enligt LIV 2000-studien tidsbrist. (Ekblom-Bak et al. 2000 s. 40) Alla yngre människor klarade av att gå i rask takt 5km/h i 10 minuter. Bland de äldsta åldersgrupperna klarade ca 80 % av samma prestation. När prestationen ökade till att jogga 8km/h i 10 minuter klarade endast $\frac{1}{3}$ av de unga vuxna och hälften av medelålders personer av detta. I den äldsta åldersgruppen klarade bara ett fåtal av detta. (Ekblom-Bak 2000 s. 51)

Balans

Balansen var enligt studien relativt god bland kvinnor och män under 40 år. Resultaten visade däremot en betydlig försämring för personer som är äldre än 40 år. Detta ökar risken för fall med hela 70 %. (Ekblom-Bak 2000 s. 51)

Benmuskelstyrka

Svenska män visade tecken på god benmuskelstyrka. Endast 10 % av männen ansågs ha nedsatt muskelstyrka i benen, medan kvinnor speciellt över 40 år, ansågs ha en relativt svag benmuskelstyrka. Eftersom benmuskelstyrkan är väldigt viktig med tanke på balansen visar detta på att kvinnor har en större risk för fallolyckor. (Ekblom-Bak 2000 s. 51)

Magmuskelstyrka

Vid test av magmuskelstyrkan klarade nästan alla män av det utsatta gränsvärdet för sit-ups, medan kvinnornas utföranden var klart sämre. Varannan kvinna klarade inte ens av att göra en eller några sit-ups. De personer som har en försämrad bålmuskelstyrka löper en större risk för att drabbas av ryggbesvär. (Ekblom-Bak 2000 s. 51)

I LIV 2000-studien kom det fram att endast varannan ung vuxen och var tredje äldre anser sig ha en god fysisk prestationsförmåga. Däremot upplever $\frac{2}{3}$ oavsett ålder och kön att deras psykiska hälsotillstånd är bra eller mycket bra. Kvinnor, speciellt i de äldre åldrarna, lider mer av huvudvärk och ryggvärk än män. Orsaken till detta säger man kan ha ett samband med den nedsatta balansen och försämrade ben- och magmuskelstyrkan som kvinnorna har. (Ekblom-Bak 2000 s. 66)

En person med låg fysisk prestationsförmåga har en större risk att drabbas av skador. Dessutom bidrar den nedsatta prestationsförmågan till att vardagliga aktiviteter som att lyfta saker, byta lampor, gå i trappor och klättra på pall blir väldigt svårt. Sammanfattningsvis skriver Ekblom-Bak et al. att: ”Dessa siffror visar på betydelsen av allmän fysisk träning, speciellt i åldrarna över 40 år, hos båda könen.” (Ekblom-Bak 2000 s. 52)

Med dessa studier som utgångspunkt anser vi att det är väldigt viktigt att kartlägga den nuvarande fysiska prestationsförmågan, aktiviteten och hälsotillståndet på en arbetsplats, för att senare kunna idka ett hälsofrämjande arbete för vårdpersonalen på den aktuella arbetsplatsen.

5 METOD

Arbetet är en empirisk studie där vi presenterar resultaten av våra egna undersökningar. Forskningsmetoden väljs utgående från hurudan problemställningstypen är. Vi har en beskrivande problemställning och då är det lämpligt att göra undersökningarna enligt en kvantitativ forskningsmetod. En kvantitativ forskning, som också kallas för experimentell, lämpar sig då man har som syfte att beskriva omfattningen eller frekvensen av ett fenomen. Vi är inte intresserade av vårdarna som enskilda individer, utan vill studera dem på gruppnivå, som en summa av enskilda individer. Då är det motiverat att använda sig av kvantitativa metoder. (Jacobsen 2007 s. 54-56)

Vi vill kartlägga i vilken omfattning vårdarna på vårdenheten har en god respektive dålig fysisk prestationsförmåga, hur fysiskt aktiva de är samt hurudant hälsotillstånd de har före och efter interventionsperioden. Vi vill också studera i vilken omfattning de förbinder sig till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningssprogram.

5.1 Studiens design

Designen väljs utgående från hurudan problemställningen är och vilka forskningsfrågor man söker svar på. I vår studie har vi en pre-experimentell design. Pre-experimentella designers lämpar sig till att beskriva fenomen eller samband. Eftersom man i studien inte använder sig av en kontrollgrupp är det dock viktigt att komma ihåg att man med pre-experimentella studier inte kan konstatera entydiga orsakssamband. (DePoy & Gitlin 1999 s. 146)

Det finns olika typer av pre-experimentella designers. I vår studie har de tre första forskningsfrågorna en pretest-posttest design. En sådan design kan ge svar på frågor som berör förändring över en viss tid och beskriva hur en situation ser ut efter att den oberoende variabeln, i vårt fall hemträningssprogrammet, införts. Då deltagarna testas före och efter interventionen kan man se eventuella förändringar i den beroende variabelns mätresultat. (DePoy & Gitlin 1999 s. 147) I vår studie är de beroende variablerna fysisk prestationsförmåga, fysisk aktivitet och hälsotillstånd.

Den fjärde forskningsfrågan, som söker svar på hur vårdpersonalen förbinder sig till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram, har också en pre-experimentell design, men skiljer sig från de andra frågorna med att vara en ”one-shot” fallstudie. Vi är inte intresserade av situationen innan interventionen, utan resultaten som fås mäter endast resultaten efter interventionen. (DePoy & Gitlin 1999 s. 146-147)

5.2 Studiens uppbyggnad

Projektet inleddes med att vi skickade ut ett informationsbrev (Bilaga 1) åt kontaktpersonen på vårdenheten i början av juni 2012. Kontaktpersonen tog på sig ansvaret att dela ut informationen åt den grupp personer hon valt att undersöka. Ett informerat samtycke (Bilaga 2) var bifogat. I informationsbrevet blev vårdarna också uppmanade att delta i det kommande informationstillfället.

Informationstillfället ordnades på vårdenheten i början av augusti. Under informationstillfället presenterade vi projektet noggrannare och gick igenom vad det praktiskt innebär för deltagarna. Aktivitetsdagböcker (Bilaga 3) och stegmätare försedda med instruktioner (Bilaga 4) delades ut till alla intresserade. Sju vårdare var närvarande vid informationstillfället. Vissa vårdare hade dock visat intresse för projektet, men inte haft möjlighet att delta i tillfället. För att undvika ett onödigt bortfall, delade vi ut extra, sammanlagt 14 stycken informationsbrev, aktivitetsdagböcker och stegmätare med instruktioner åt kontaktpersonen på vårdenheten.

En anmälningslista till pretestet skickades till arbetsplatsen ca. en vecka före teststillfället och kontaktpersonen tog på sig ansvaret att lägga upp den i personalrummet samt informera vårdarna om att den kommit. De vårdare som valde att delta anmälde sig på listan.

Alla deltagare ombads skriva i en aktivitetsdagbok i en veckas tid före pretestet. Preteststillfället ordnades under två dagar i mitten av augusti. En vecka efter testet ordnades ett så kallat interventionstillfälle, där vi instruerade de individuellt planerade hemträningsprogrammen åt alla deltagare. Under den 10 veckor långa interventionsperioden skulle deltagarna följa hemträningsprogrammen. Posttestet ägde rum i början av november. Efter posttestet bad vi deltagarna skriva aktivitetsdagbok i ytterligare en vecka för att kunna jämföra resultaten före och efter interventionen. Vi

analyserade och sammanställde resultaten i november. Presentationen av vårt examensarbete ägde rum i december 2012. Studiens beställare och alla deltagare välkomnades till presentationen. Vårt examensarbete påbörjades i januari 2012 och blev färdigt i december samma år.

5.3 Beskrivning av målgruppen

Vårdarna på vårdenheten som vi studerade arbetar både med sängliggande och uppegående patienter. Där finns platser för både minnessjuka personer och platser för personer med fysiska handikapp, t.ex. Parkinsons sjukdom, reuma och hemiplegi. Ungefär 70 % är rullstolsbundna. Några av de boende på vårdenheten sköter ADL² nästan helt självständigt, medan de övriga behöver mer eller mindre hjälp med dessa funktioner. (Uppdragsgivaren 23.08.2012)

Uppdragsgivaren var intresserad av att studera hela vårdenhetens vårdpersonal, sammanlagt ca. 20 arbetstagare. Vårdpersonalen består av tre olika yrkesgrupper, nämligen sjukskötare, närvårdare och vårdbiträden i åldrarna 25-65 år. Medelåldern bland dessa vårdare är 41,62 år. (Uppdragsgivaren 20.09.2012)

Som redan tidigare nämnts, tog vårdenhetens kontaktperson på sig ansvaret att dela ut informationsbrevet till den grupp vårdare som hon valt att undersöka. Enligt kontaktpersonen delades informationsbrevet ut åt sammanlagt 15 arbetstagare av de ca. 20 som bildar studiens population. Eftersom själva populationen var så pass liten, vore det i praktiken möjligt att studera varje arbetstagare, men av okänd orsak gjordes det ändå ett urval på den aktuella arbetsplatsen. Också själva urvalskriterierna förblev oklara för skribenterna.

² Till ADL (Activities of Daily Living) räknas många olika vardagliga grundfunktioner som hör till en del av alla människors liv. Sådana aktiviteter är till exempel att gå på toaletten, att äta, att röra sig i hemmet, att ta hand om sin hygien och att klä på sig. (Finska läkarföreningen Duodecim 2012)

5.4 Mätinstrument

I vårt examensarbete har både subjektiva och objektiva mätinstrument använts. I detta kapitel kommer vi att ge en beskrivning av de olika instrument som använts för att få fram svar på studiens forskningsfrågor. Vi strävar efter att också ge motiveringar till varför vi valt just dessa mätinstrument.

5.4.1 Aktivitetsdagbok, Borg-skala och stegmätare

Innan interventionsperioden användes en aktivitetsdagbok och en stegmätare parallellt i en veckas tid för att kartlägga deltagarnas fysiska aktivitet. Enligt Landstinget Kronoberg (2012) är en aktivitetsdagbok ett bra hjälpmedel för registrering av träningsmängd och -form och i en sådan kan man också anteckna antal steg per dag och på så sätt få en uppfattning om nyttomotionens mängd i vardagen, d.v.s få information om individens fysiska aktivitet.

För oss var denna information viktig för att lättare kunna utforma ett lämpligt individuellt träningsprogram med tanke på antal träningar per vecka, träningsintensitet och antal repetitioner per övning. Deltagarna blev instruerade att ta av sig stegmätaren under träningspassen, så att vi skulle kunna särskilja på nyttomotionen och fysisk träning. Med aktivitetsdagboken bifogade vi en Borg-skala (Bilaga 5) (Winroth & Rydqvist 2008 s. 116) där varje deltagare antecknade sin uppfattning om träningspassets ansträngningsgrad. På så sätt fick vi en mer omfattande uppfattning om aktivitetens intensitet.

Deltagarna ombads skriva i aktivitetsdagboken också under hela den 10 veckor långa träningsperioden. Främst för att se ifall de förbundit sig till hemträningsprogrammet, men också för att se ifall de idkat övrig fysisk aktivitet som kan ha påverkat resultaten i posttestet. Efter den 10 veckor långa interventionsperioden, ombads deltagarna ännu i en vecka fylla i en aktivitetsdagbok och använda stegmätare. Detta krävdes för att vi skulle kunna jämföra aktivitetsdagboken som skrevs innan interventionsperioden med den som fylldes i efter interventionsperioden och på det sätt få svar på vår andra forskningsfråga. Vi var intresserade av eventuella förändringar i den fysiska aktiviteten.

5.4.2 Frågeformulär

Strax innan pretestet sattes igång fyllde testdeltagarna i ett standardiserat frågeformulär, UKK-terveysseula (Bilaga 6) (UKK-instituutti terveysseula 2005), för att utesluta eventuella hälsorelaterade kontraindikationer till deltagande i projektet. För detta ändamål följde vi UKK:s bruksanvisning för tolkning av frågeformuläret. Med hjälp av formuläret fick vi information om deltagarnas fysiska prestationsförmåga, aktivitet, hälsotillstånd och motionsvanor. (UKK-terveysseula käyttöohje) Vid posttestet fyllde deltagarna i ett likadant frågeformulär igen. På så sätt fick vi reda på ifall det skett förändringar inom de olika områden som blanketten innefattar.

För att man skall kunna använda sig av en kvantitativ mätmetod krävs det att frågorna är tydligt formulerade och att forskaren på förhand är medveten om vilka svar som är väsentliga (Jacobsen 2007 s. 53). UKK-terveysseulas alla frågor är mer eller mindre slutna frågor med olika svarsalternativ. Detta gör det lättare för skribenterna att standardisera och bearbeta informationen.

5.4.3 UKK-Terveyskuntotestit keski-ikäisille

Det fysiska konditionstestet vi använde oss av både som pre- och posttest är UKK-terveyskuntotestit keski-ikäisille. UKK-terveyskuntotestit är ett testpaket som utvecklades på 1990-talet till ett hjälpmedel för utvärdering av hälsokonditionen hos medelålders befolkning, d.v.s. 31-60 åriga personer. (UKK-instituutti, Terveyskuntotestit 2005 s. 2) UKK-testpaketet vi använde innehåller sammanlagt tolv testpunkter som består av tre balanstest, tre rörlighetstest och varsitt test för gripkraft, övre kropp, magmuskler, ryggmuskler, samt för spänst och muskelstyrka i nedre extremiteterna.

5.5 Beskrivning av testtillfällena

De vårdare som valt att vara med i studien anmälde sig till pretestet som ägde rum i vårdenhetens gymnastiksal i mitten av augusti 2012. Sammanlagt nio personer testades. Alla deltagare fick på platsen en personlig instruktör som tog hand om allt material som lämnades in, utförde testet på deltagaren och ansvarade för upplägget av

träningsprogram och instruktion av detta. Vid testtillfället skulle deltagarna lämna in aktivitetsdagboken, det undertecknade samtyckesbrevet och det ifyllda frågeformuläret. Vi hade bett deltagarna komma till testet färdigt ombytta i träningskläder och -skor och samtidigt gavs de övriga förberedelseinstruktionerna inför testet. För att testet skall vara tryggt och pålitligt är det viktigt att informera deltagarna om att t.ex. undvika hård träning två dagar före testet, riklig alkoholkonsumtion dagen innan samt konsumtion av uppiggande drycker och tobak en timme innan testet (UKK-instituutti, terveyskuntotestit 2005 s. 7). Största delen av deltagarna fick utföra testet så att endast den egna instruktören var närvarande i salen, men som mest fanns det två andra deltagare som samtidigt testades av sina instruktörer. Alla utförde dock de olika testerna ensamma så att ingen annan deltagare fanns vid samma teststation vid samma tidpunkt. Efter testet kom instruktören och deltagaren överens om en tid för genomgång av testresultaten och instruktion av hemträningsprogrammet.

En vecka efter pretestet träffade varje instruktör de deltagare de ansvarat för. Först gick instruktören igenom pretestresultaten och upplägget av träningsprogrammet åt deltagaren och därefter blev det praktisk genomgång av det individuella programmet. Instruktören visade och kontrollerade att deltagaren gjorde övningarna rätt.

Tio veckor efter att vi instruerat hemträningsprogrammen posttestades deltagarna. Endast fem av de ursprungliga nio deltagarna deltog i posttestet. Vid testtillfället lämnade deltagarna in den tio veckor långa aktivitetsdagboken och fyllde i frågeformuläret igen. För övrigt gick posttesttillfället ut på samma sätt som det första testtillfället. Resultaten av posttestet och en kort jämförelse av resultaten från pre- och posttestet gjordes tillsammans med varje deltagare direkt efter testet.

5.6 Beskrivning av de individuella hemträningsprogrammen

Utgående från pretestens resultat lade vi upp individuella hemträningsprogram åt alla deltagare. Först samlades alla fyra instruktörer för att diskutera testresultaten och utbyta åsikter och idéer om träningsprogrammets upplägg. Tillsammans gjorde vi en

gemensam mall på Physiotools Online³. Till mallen valde vi många övningar och olika versioner från alla delområden som testpaketet UKK-terveyskuntotestit keski-ikäisille innefattar.

Varje instruktör planerade sedan själv ett eller flera hemträningsprogram åt de deltagare de testat. Den gemensamma Physiotools -mallen användes som hjälp för detta ändamål, men också övningar som inte fanns med i mallen fick vid behov läggas till i de individuella programmen. Övningarnas instruktionstexter editerades också vid behov för att förse varje deltagare med så bra instruktioner som möjligt eller också för att förändra övningen till en annan version. Det individuella träningsprogrammet hade fokus på deltagarens svagheter som kommit fram i pretestet, så att t.ex. en person med dålig balans, men god rörlighet och muskelstyrka fick ett program med fokus på balansträning. En sådan person kunde få flera varianter på de olika balansövningarna och bli instruerad att göra variant A under veckans första träningsdag och variant B under veckans andra träningsdag.

Vid varje övning på träningsprogrammet fanns instruktioner i både bild- och textform. I textinstruktionerna skrev vi också in hur många serier och repetitioner som skulle göras. UKK-muskeltesterna kartlägger uthållighet, förutom ett av testerna som ger en bild av den explosiva styrkan i nedre extremiteterna. När vi lade upp antal träningspass per vecka, övningar per muskelgrupp samt antal serier och repetitioner per övning använde vi en tabell (se bild 2) (Hallén & Ronglan 2011 s. 155) som vägledning.

³ Physiotools är en mjukvara som utvecklats till ett hjälpmedel vid produktion av individuella träningsprogram. Physiotools är världens största övningsbibliotek och innehåller sammanlagt över 15 000 övningar på tjugo olika språk. Programmet används på både hälsovårds- och fitnessbranschen och är författat av områdets experter. Programmet går att installera på datorn eller också användas som online version, Physiotools Online. (Physiotools)

TABELL 4.11: Vägledande värden för belastningsfaktorer för träning av muskulär uthållighet, muskelvolym, maximal styrka och explosiv styrka (Från *Styrketrening i teori og praksis*, Gyldendal).

Typ av träning	Nivå	Motstånd (% av 1RM)	Repetitioner	Pauser (min)	Set per övning	Övningar per muskelgrupp	Pass per vecka
Muskulär uthållighet	Tränad	20–60	>15	0–2*	2–4	2–4	1–3
	Otränad	20–60	>15	0–2	1–3	1–2	1–3
Muskel-tillväxt	Tränad	70–85	6–12	1–3**	2–4	2–5	1–3
	Otränad	60–80	6–15	1–3	1–3	1–2	1–3
Maximal styrka	Tränad	>80	1–5	>3	4–8	1–4	2–3
	Otränad	70–85	4–8	>3	1–3	1–2	2–3
Explosiv styrka	Tränad	0–50	1–5	>3	4–8	1–3	2–4
	Otränad	0–50	1–5	>3	2–4	1–2	2–4

* Ingen paus vid cirkelträning

** Längst paus vid flerledsövningar och huvudövningar

Bild 2: De gula områdena är de delar vi använt oss av vid upplägget av träningsprogrammen. (Hallén & Ronglan 2011 s. 155)

Många forskningar (t.ex. Saliba et al. 2010, Rasmussen Barr 2009, Katch et al. 2011) har visat att det finns ett samband mellan en försämrad bålstabilitet och ländryggsmärta och som vi redan tidigare beskrivit i bakgrunden är det mycket vanligt med ländryggsskador i vårddyrket. Rasmussen Barr (2009) skriver att träning av bålstabiliteten kan göra ländryggen starkare och på så vis minska skaderisken. Saliba et al. (2010) beskriver liknande samband i sin forskning där hon påstår att träning av m.transversus abdominis verkar ha en smärtlindrande effekt hos patienter med kronisk ländryggsmärta. Trots att vi inte specifikt testade bålstabiliteten hos deltagarna i vår studie och inte heller utgående från frågeformuläret fick veta hur många som lider av ländryggsmärta valde vi att i ett preventivt syfte lägga in förstärkande övningar för de bålstabiliserande musklerna i varje deltagares hemträningsprogram.

Kroppen anpassar sig efter den belastning den blivit utsatt för. Detta innebär att vart efter vi utvecklas, bör vi gradvis öka på belastningen för att få en ytterligare effekt av träningen och höja prestationsnivån. Man kan öka på belastningen på tre olika sätt; man kan öka på träningens intensitet, träningspassets längd eller antalet träningspass per vecka. (Hallén & Ronglan 2011 s. 21-25)

För att hela den 10 veckor långa träningsperioden skulle vara effektiv instruerade vi därför deltagarna till progressiv träning genom att tillämpa de ovannämnda metoderna. Vi förklarade för deltagarna att de kunde öka antalet träningar per vecka, övningar per träning eller antal serier och repetitioner per övning. För vissa övningar på träningsprogrammen hade vi lagt in mer avancerade varianter som vid anpassning kunde tas i bruk för en ändamålsenlig träningsprogression.

Alla träningsprogram innehöll endast övningar som utförs med den egna kroppsvikten. Den bakomliggande orsaken till detta var att alla skulle kunna utföra programmen hemma hos sig utan att behöva skaffa sig redskap för träningen. För personer med låg fysisk prestationsförmåga ger träning med den egna kroppsvikten goda resultat för balans, muskelstyrka och kondition (Ekblom-Bak 2011). Därför är det inte heller motiverat att göra upp träningsprogram som kräver extra vikter eller andra redskap.

Varje instruktör gav sina kontaktuppgifter åt de deltagare de ansvarat för, så att det fanns en möjlighet för deltagarna att kontakta sin instruktör vid eventuella frågor eller komplikationer angående träningsprogrammet.

5.7 Mätinstrumentens validitet

UKK-testpaketet, som vi använde för att få svar på vår första forskningsfråga, är utvecklat till ett mångsidigt testpaket avsett för bedömning av hälsokonditionen hos medelålders befolkning. Med hjälp av testpaketet kan man kartlägga en individs fysiska kondition och funktionsförmåga, lättare planera ett individuellt träningsprogram samt följa upp förändringar som sker inom dessa områden. Testpaketet är avsett för ett hälsofrämjande ändamål. (UKK-instituutti terveyskuntotestit 2005 s. 2)

En aktivitetsdagbok lämpar sig väl för det ändamål vi hade, nämligen för att detaljerat registrera träningsmängd och -form. Med att kombinera en stegmätare med aktivitetsdagboken får man dessutom en blick över nyttomotionens mängd i vardagen (Landstinget Kronoberg 2012). Enligt Medical Research Council har aktivitetsdagböcker hittills främst använts för att mäta mängden fysisk aktivitet i små och medelstora forskningar (färre än 500 deltagare). Borg-skalan lämpar sig väl för att

mäta den subjektiva belastningen och hur personen tål belastning (Keskinen 2004 s. 38). Vid användning av aktivitetsdagböcker, bör man komma ihåg att forskaren inte kan vara säker på att de som studeras ger ut korrekt information. Därför måste man som forskare alltid bedöma ifall de som studeras kan ha motiv för att inte ge ut sanningen (Jacobsen 2007 s. 161).

”UKK-terveysseula, Liikkumisen turvallisuuden ja sopivuuden arviointikysely” är som namnet säger utvecklat till ett formulär som bedömer ifall motion är tryggt och lämpligt. Det är i första hand till för hälso- och idrottsbranschens yrkesmän som t.ex. gör UKK-test och ger motionsrådgivning. Frågeformuläret hjälper till att planera ett lämpligt och tryggt individuellt träningsprogram åt varje person samt kartlägger eventuella kontraindikationer för att delta i testet. I frågeformuläret kommer det också fram andra eventuella faktorer som bör tas i beaktande vid planering av träningsprogram. (UKK-terveysseula käyttöohje s. 1-2)

Vi har använt formuläret dels för det ändamål som nämns ovan, men också för att få svar på vår tredje forskningsfråga. Vi valde att studera vårdarnas fysiska aktivitet och hälsotillstånd med hjälp av detta instrument, eftersom frågeformuläret innehåller två olika delar; den första delen består av frågor angående den fysiska aktiviteten och den andra angående det allmänna hälsotillståndet. Vi ansåg att frågorna lämpade sig väl för vårt ändamål, även om det i första hand inte är utvecklat till det. Med hjälp av formuläret kunde vi kartlägga en lite större helhet med ett kort formulär som i varje fall skulle fyllas i för att utesluta eventuella kontraindikationer för att delta.

5.8 Mätinstrumentens reliabilitet

UKK-terveyskuntotestit keski-ikäisille är standardiserat och baserar sig på forskningsresultat. Standardiseringen av testpaketet ökar resultatens reliabilitet. Väsentliga faktorer som bör standardiseras vid utförandet är bl.a. testernas prestationsordning, uppvärmning innan testet, övning, instruktionsgivning och deltagarnas uppmuntring. Pålitligheten av UKK-testresultaten ökar då man ger korrekta förberedelseinstruktioner. (UKK-instituutti terveyskuntotestit 2005 s. 2-7)

Tidigare forskning har gett en hög test-retest reliabilitet för användning av aktivitetsdagbok som mått på mängden fysisk aktivitet hos ungdomar. Något som kan påverka pålitligheten hos aktivitetsdagböcker är att personen som undersöks möjligtvis förändrar sitt beteende på grund av att hon skriver dagbok och då reflekterar resultatet inte verkligheten. (Medical Research Council) En dagbok som är 1,8-2 veckor lång uppnår en reliabilitet på 0,8 men enligt Baranowski & Moor (Se Medical Research Council) är en sådan tidsperiod för lång, eftersom det är så pass arbetsdrygt att skriva i en aktivitetsdagbok.

Borg-skalan har visat sig korrelera väl med hjärtats slagfrekvens och belastning (Keskinen 2004 s. 38), vilket innebär att reliabiliteten ökar. I test-retest har korrelationen varit 0,92 (Mustalampi-Mikkonen 2000 s. 10).

UKK-terveysseula är ett standardiserat frågeformulär och i flera forskning har det försäkrats att formuläret fungerar för att utesluta risker för testandet och motion samt för att hjälpa till vid planering av ett lämpligt individuellt träningsprogram. UKK-terveysseula är en modifierad version av PAR-Q-formuläret som tidigare utvecklats i Kanada (UKK-terveysseula käyttöohje s. 2). Vi hittade dock ingen källa som försäkrat att frågeformuläret fungerar väl för kartläggning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd, även om frågeformuläret ger information om dessa delområden.

5.9 Databearbetning

Som hjälpmedel för databearbetning har vi använt oss av dataprogrammet SPSS. Detta dataprogram användes vid bearbetning av informationen vi fått ur UKK-konditionstestet och frågeformuläret. Resultaten från testet poängsattes enligt instruktionerna för testet (UKK-instituutti terveyskuntotestit 2005). Alla deltagare, frågorna i frågeformuläret och testerna i UKK-testpaketet kodades och på så sätt kunde vi lägga in informationen i dataprogrammet SPSS för att få en univariat analys av testresultaten. Utifrån analysen sammanfattade vi ett resultat i vår studie och förde diskussion om deltagarnas fysiska prestationsförmåga, fysiska aktivitet och hälsotillstånd.

Aktivitetsdagböckerna analyserades manuellt. Vi började med att läsa igenom dem och räknade sedan ut olika medelvärden för både individerna och gruppen. Vi kategoriserade träningarna/aktiviteterna som deltagarna utfört, i rask motion och ansträngande motion utgående från kommentarerna som skrivits in samt värdet på Borgskalan som angetts. Vi jämförde resultaten före och efter interventionsperioden och till sist jämfördes resultaten med aktuella rekommendationer för motionsträning, muskelträning och nyttomotion.

5.10 Etiska reflektioner

I sin bok skriver Jacobsen (2007 s. 21-27) att det finns tre krav som måste uppfyllas för att en studie skall vara etiskt hållbar. Det första är informerat samtycke, vilket vi strävade efter att uppfylla genom att sända ut ett informationsbrev med bifogat samtyckesbrev till alla vårdare på vårdenheten. I informationsbrevet förklarade vi syftet med vårt arbete, poängterade att deltagandet är frivilligt och att deltagarna förblir anonyma i vårt arbete. I informationsbrevet fanns våra personliga uppgifter och vi uppmanade dem att kontakta oss vid frågor angående studien.

Enligt Jacobsen (2007 s. 24-25) skall deltagarnas privatliv skyddas för att det andra kravet skall uppfyllas. Detta krav strävade vi efter att uppfylla genom att koda varje deltagares uppgifter så att analysen och resultatredovisningen förblev anonyma. Vi garanterade deltagarna konfidentialitet genom att förvara alla formulär och papper med personlig information så att ingen utomstående hade tillgång till informationen. Eftersom vi hade ett litet sampel fanns risken att utomstående personer kunde förknippa resultaten med enskilda personer och därför har vi varit tvungna att anonymisera data, d.v.s. lämna bort data som kan leda till identifiering av enskilda personer.

Det tredje och sista kravet är att presentationen av data måste vara korrekt. Jacobsen (2007 s. 26-27) skriver att man skall presentera data på ett fullständigt sätt. Med detta menar han att man skall beskriva de val man gjort under studien och aldrig förfälska data till fördel för forskaren. Den korrekta vägen till ett etiskt rätt utfört arbete har vi eftersträvat i vår studie.

6 RESULTAT

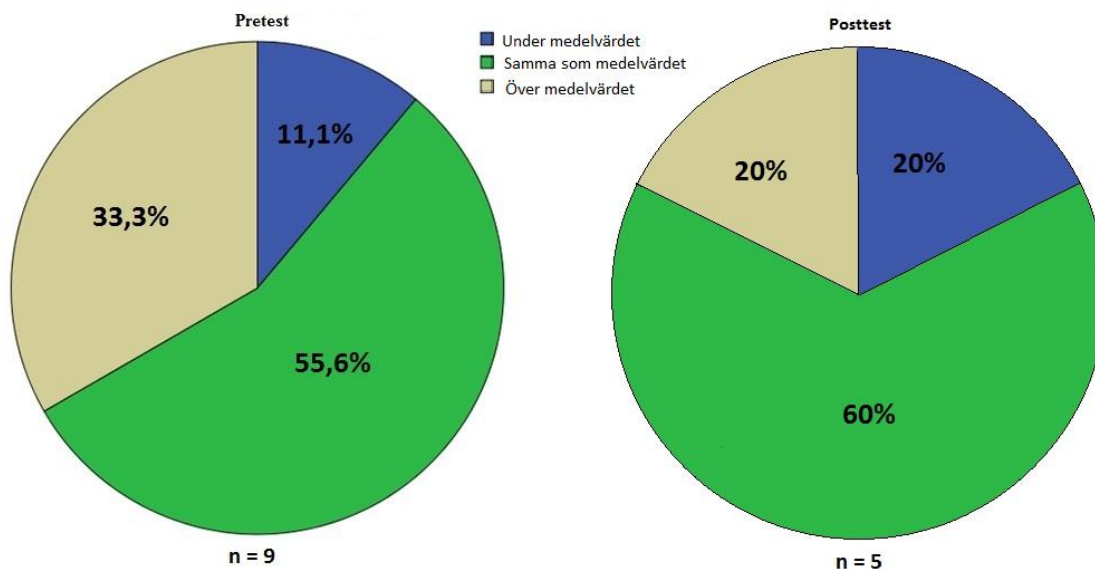
I detta kapitel redovisar skribenterna resultatet av undersökningen. Förutom att vi redovisar resultatet från båda testtillfällenas fysiska test och resultatet från frågeformulären kommer vi också i detta kapitel att besvara alla våra forskningsfrågor.

6.1 Vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga mätt med UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille

Den fysiska prestationsförmågan testades med UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille. Testpaketet innefattade muskelkonditionstester för hela kroppen, balanstester, koordinationstester och rörlighetstester. Sammanlagt var det tolv olika tester som utfördes på deltagarna. Varje test poängsattes på en skala mellan ett och fem, där fem var bästa möjliga poäng och klart bättre än medelvärdet om man jämför med andra personer i samma ålder och med samma kön. En poäng var sämst och klart under medelvärdet och en trea visade att man ligger på samma nivå med jämnåriga med samma kön. Resultaten analyserades med SPSS så att deltagarna delades upp i tre olika grupper beroende på vad de fick för resultat. De som fick ett resultat under medelvärdet kodades med nummer 1, samma som medelvärdet kodades med nummer 2 och över medelvärdet nummer 3. Varje test redovisas skilt för sig med bilder och text. Den första bilden illustrerar alltid resultaten från pretestet och den andra bilden resultaten från posttestet. Efter att varje enskild teststation presenterats redovisas också en sammanfattning för hela gruppens resultat. Bortfallet i posttestet var 44,4 % och har inte räknats med i resultatet, d.v.s i pretestet analyserades resultatet från nio deltagare (n=9) och i posttestet från fem deltagare (n=5).

6.1.1 Stå på ett ben

Utförande: Det första testet innebar att personen som testades skulle stå på ett ben med den ena fotens plantarsida lutande mot mediala sidan av knäet på stödbenet och händerna längs sidorna. Testdeltagarna fick ett övningsförsök och två testförsök. Om personen som testades klarade av att hålla balansen i 60 sekunder gav det fulla poäng.



Figur 1: Förmågan att stå på ett ben.

Resultat i pretestet: Resultatet visade att 11,1 % låg under medelvärdet, 55,6 % på samma nivå som medelvärdet och 33,3 % över medelvärdet jämfört med andra i samma ålder och med samma kön.

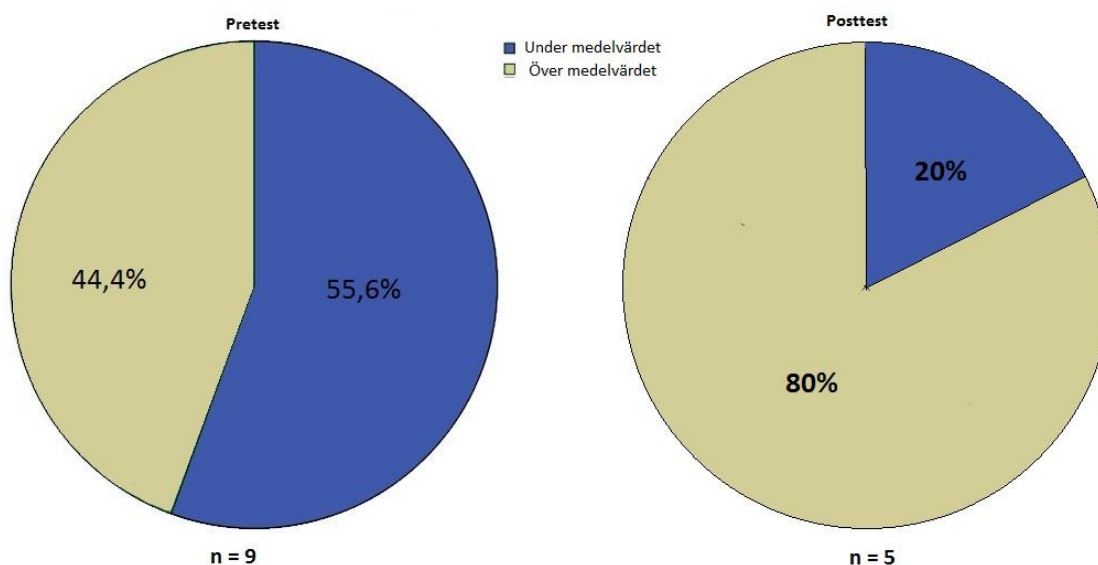
Resultat i posttestet: I posttestet låg 20 % under medelvärdet, 60 % på samma nivå som medelvärdet, medan 20 % låg över medelvärdet.

Av de som deltog i båda teststillfällena försämrade 20 % sina resultat, 60 % fick samma poäng som på pretestet och 20 % förbättrade sina resultat.

6.1.2 Baklängesgång

Utförande: En sex meters linje som var 2-4 centimeter bred mättes upp på golvet. Testdeltagarnas uppgift var att gå baklänges längs den uppmätta linjen så snabbt som möjligt genom att på varje steg röra med den bakre fotens tår i den främre fotens häl.

Deltagarna fick ta hjälp av armarna för att hålla balansen, men fick inte lyfta händerna ovanför axelhöjd. Deltagarna hade tre testförsök varav den snabbaste tiden noterades.



Figur 2: Förmågan att gå baklänges längs en linje.

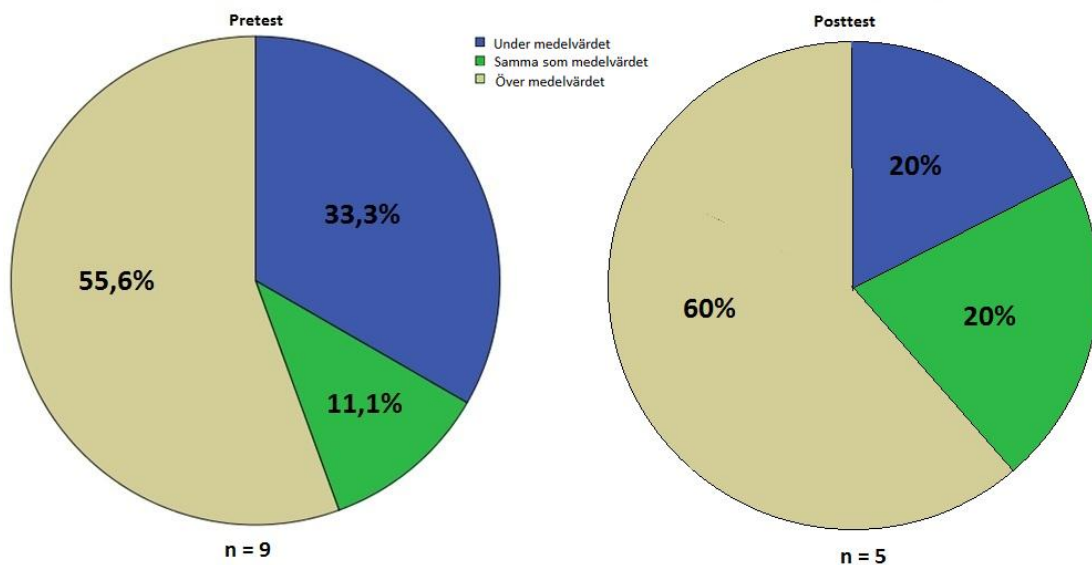
Resultat i pretestet: I detta balans- och koordinationstest låg 55,6 % av testdeltagarna under medelvärdet medan 44,4 % fick ett resultat över medelvärdet.

Resultat i posttestet: I posttestet låg 20 % på en nivå under medelvärdet medan hela 80 % låg på en nivå över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 60 % samma resultat som vid pretestet medan 40 % förbättrade sina resultat. Ingen försämrade sitt resultat.

6.1.3 Stå på balk

Utförande: Genom att deltagarna stod på en balk testades deras balans. Testet gick ut på att stå med valfritt ben på en åtta centimeter hög och två centimeter bred balk i sammanlagt 60 sekunder. Antalet nedslag i golvet räknades och ju mindre nedslag testpersonen hade desto bättre var testresultatet.



Figur 3: Förmågan att stå på en balk.

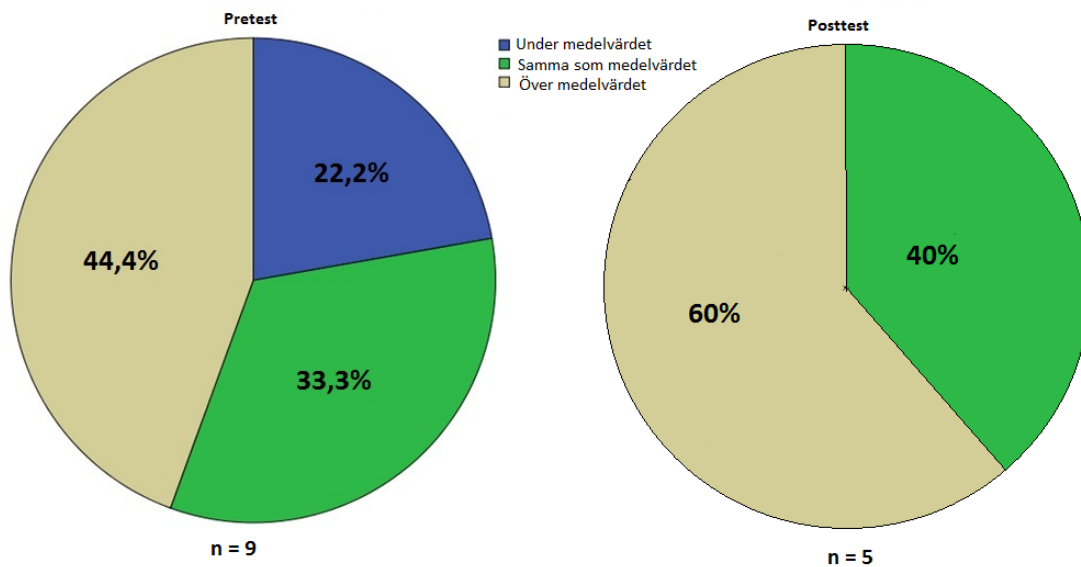
Resultat i pretestet: I detta test fick 33,3 % av testdeltagarna ett resultat under medelvärdet, 11,1 % fick samma som medelvärdet och 55,6 % fick ett resultat över medelvärdet.

Resultat i posttestet: I posttestet låg 20 % under medelvärdet, 20 % på samma som medelvärdet och 60 % över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena försämrade 20 % sitt resultat, 40 % fick samma poäng som senast och 40 % förbättrade sitt resultat.

6.1.4 Skuldrans rörlighet

Utförande: I detta test undersökte vi testdeltagarens rörlighet i övre extremiteterna. Deltagaren skulle luta sig bakåt mot en vägg så att fötterna var ihop och 1½ fot från väggen. Sätet, skuldrorna och bakhuvudet måste vara fast i väggen under hela utförandet. Testdeltagaren uppmanades att lyfta händerna upp ovanför huvudet så långt bakåt mot väggen som möjligt. Testdeltagaren fick inte böja armbågsleden eller handleden för att påverka resultatet.



Figur 4: Resultat av skuldrans rörlighetstest.

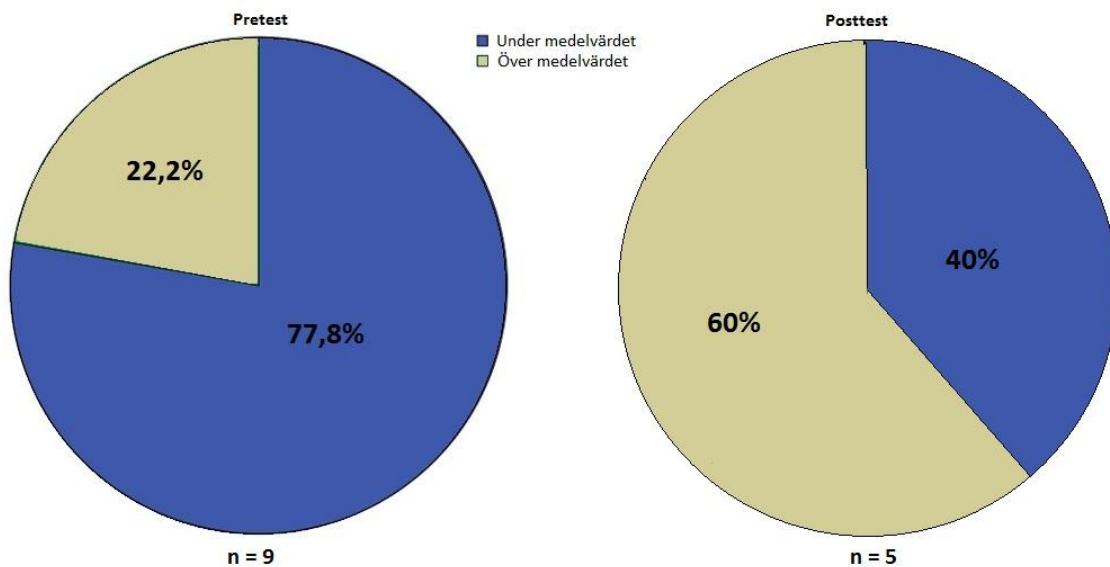
Resultat i pretestet: 22,2 % låg under medelvärdet, 33,3 % fick samma resultat som medelvärdet medan 44,4 % låg över medelvärdet.

Resultat i posttestet: 40 % av deltagarna var på samma nivå som medelvärdet och 60 % över medelvärdet. Ingen fick ett resultat som låg under medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 80 % samma poäng som vid pretestet medan 20 % förbättrade sitt resultat. Ingen av testdeltagarna försämrade sitt resultat.

6.1.5 Lateralflexion av bålen

Utförande: I testet för ryggens sidoböjning undersöktes muskelstramheten i laterala bålen. Testdeltagaren skulle stå med fötterna 15 centimeter ifrån varandra och med ryggen mot en vägg. Både sätet, hämlarna och skulderbladen måste vara fast i väggen under hela testutförandet. Personen som testades uppmanades ha händerna hängande längs utsidorna av låren. Instruktören märkte en punkt (A) med en penna på lårets utsida där änden på långfingret slutade. Testdeltagaren uppmanades att böja sig så långt som möjligt åt sidan utan att vrida kroppen. Instruktören märkte med pennan en ny punkt (B) på det nya landmärket för långfingret. Sträckan mellan punkt A och punkt B mättes. Ju längre sträcka desto bättre var testresultatet.



Figur 5: Resultat av bålens lateralflexion.

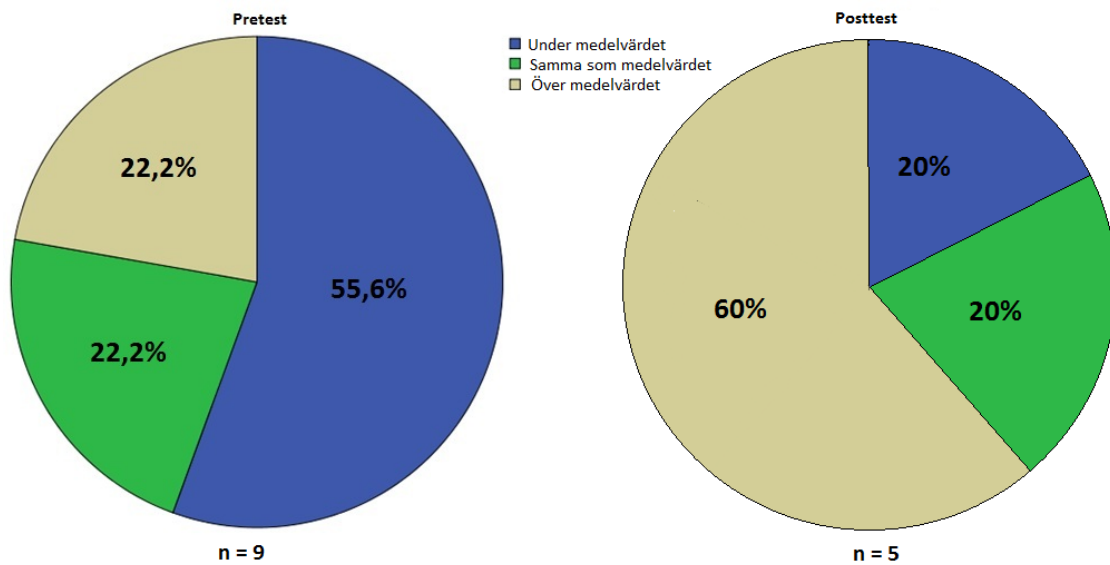
Resultat i pretestet: I detta rörlighetstest fick hela 77,8 % ett resultat under medelvärdet medan 22,2 % fick ett resultat över medelvärdet.

Resultat i posttestet: Tio veckor senare ser dock resultaten bättre ut. 40 % av deltagarna låg under medelvärdet medan 60 % låg över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 40 % samma resultat som vid pretestet och 60 % förbättrade sitt resultat. Ingen av testdeltagarna försämrade sitt resultat.

6.1.6 Hamstrings töjbarhet

Utförande: I detta test undersökte vi deltagarnas muskelstramhet i hamstrings. Personen som testades skulle ligga på rygg med det ben som skulle testas uppe på en psoasdyna så att höften och knäet bildade en 90 graders vinkel. Det andra benet vilade mot golvet. En myrinmätare(kompassmätare) fästes på vristens insida samtidigt som testdeltagaren dorsalflekterade vristen en aning. Testdeltagaren uppmanades nu att sträcka knäet så rakt som möjligt utan att böja eller röra på det andra benet.



Figur 6: Resultat av hamstrings töjbarhet

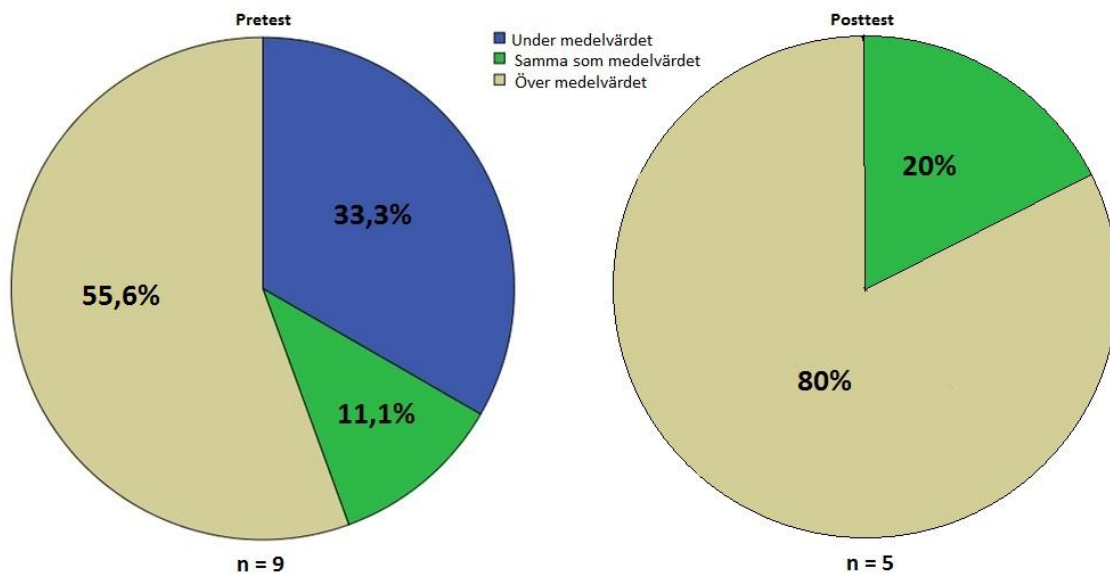
Resultat i pretestet: I pretestet fick 55,6 % av deltagarna ett resultat som ligger under medelvärdet, 22,2 % samma som medelvärdet och 22,2 % över medelvärdet.

Resultat i posttestet: Resultatet i posttestet visade att 20 % låg under medelvärdet, 20 % på samma poäng som medelvärdet och 60 % över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 40 % samma som vid det första testtillfället medan 60 % förbättrade sitt resultat. Ingen av testdeltagarna försämrade sitt resultat.

6.1.7 Gripkraft

Utförande: Deltagaren som testades satt på en stol med en Jamar-mätare i handen. Handen lutade mot låret med handflatan uppåt och armbågen fast i kroppen och i en 90 graders vinkel. Testdeltagaren uppmanades att knyta handen så hårt och explosivt som möjligt varpå ett resultat med enheten kg visades på Jamar-mätaren. Testet innefattade två testförsök per hand.



Figur 7: Vårdpersonalens gripkraft

Resultat i pretestet: I pretestet visade resultatet att 33,3 % låg under medelvärdet, 11,1 % på samma poäng som medelvärdet och 55,6 % över medelvärdet.

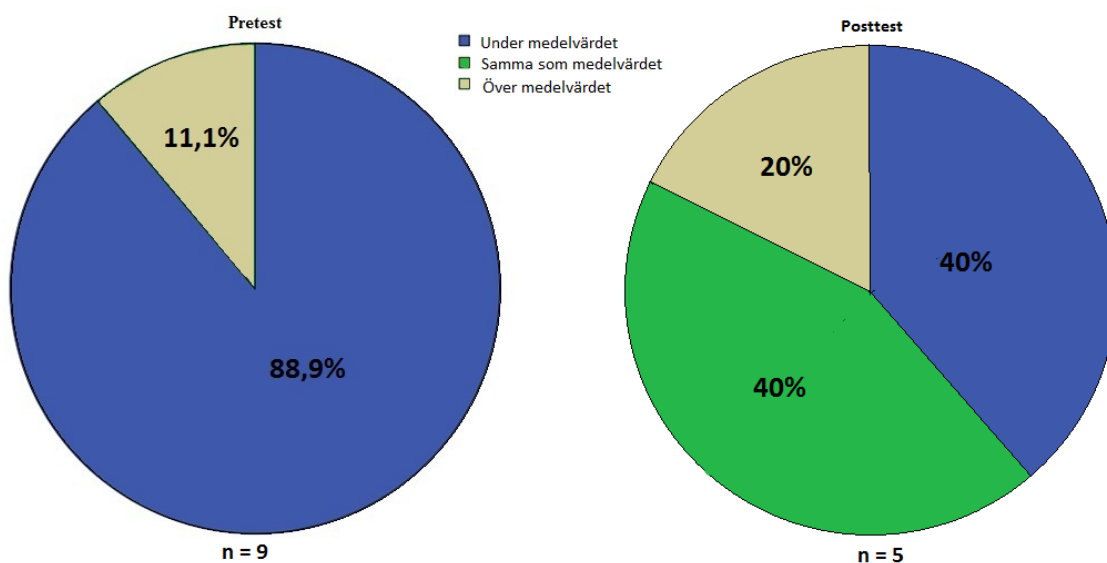
Resultat i posttestet: I posttestet låg ingen av deltagarna under medelvärdet medan 20 % fick ett resultat som låg på samma nivå som medelvärdet och hela 80 % över medelvärdet.

Av de som deltog i båda teststillfällena försämrade 20 % av deltagarna sitt resultat, 40 % fick samma som i pretestet och 40 % förbättrade sitt resultat.

6.1.8 Armpressar

Utförande: Testpersonen låg på mage på golvet och lade händerna med handflatorna nedåt mot golvet i axelhöjd nära kroppen. Benen var utsträckta längs golvet på en höftbredds avstånd från varandra. Testdeltagarens uppgift var att klappa händerna bakom ryggen, lägga handflatorna i axelhöjd bredvid kroppen, pressa sig upp så att armbågarna sträcktes och kroppen var i en rak linje. Här skulle testdeltagaren röra med ena handen (valfri hand) på den andra handens handrygg, placera handen tillbaka till föregående position och sedan gå ner till utgångspositionen igen för att upprepa övningen så många gånger som möjligt under 40 sekunder. Antalet rena utföranden

räknades. Detta innebar att utföranden där kroppen inte pressades upp rakt (axlarna kom upp före höften) inte räknades som rena utföranden.



Figur 8: Förmåga att utföra armpressar

Resultat i pretestet: Hela 88,9 % fick ett resultat som låg under medelvärdet medan 11,1 % låg över medelvärdet.

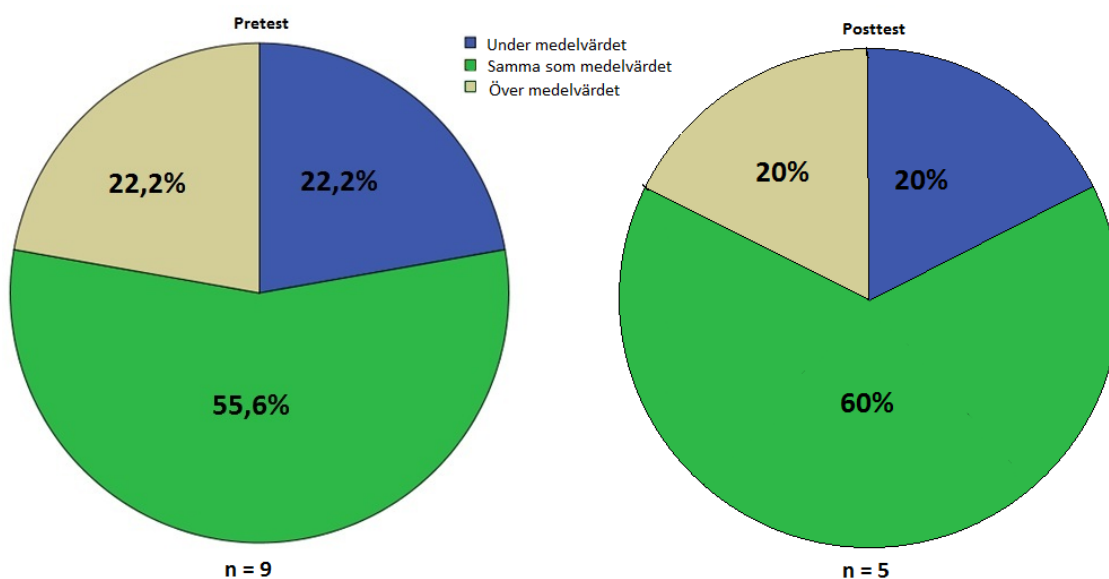
Resultat i posttestet: I posttestet var de som låg under medelvärdet 20 % medan 40 % fick samma resultat som medelvärdet och 40 % fick ett resultat som låg över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 40 % samma resultat som vid pretestet medan 60 % förbättrade sitt resultat. Ingen av testdeltagarna försämrade sitt resultat.

6.1.9 Sit-ups

Utförande: I detta test ville vi undersöka testdeltagarnas magmuskelstyrka. Personen som skulle testas låg på rygg på en matta med knäna i en 90 graders vinkel och båda fötterna i golvet. Instruktören höll fast personens fötter mot golvet under hela testutförandet. Testet utfördes i tre olika nivåer. I den första nivån höll testpersonen händerna mot låren. En sit-up genomfördes genom att testdeltagaren lyfte huvudet och skulderna från golvet så högt att fingertopparna rörde knäskålarna. Om testpersonen klarade fem sit-ups på detta sätt gick hon vidare till nivå 2. Här korsade testdeltagaren

händerna över bröstet och gjorde fem sit-ups så att armbågarna rörde i framlåren. Efter fem lyckade sit-ups gick hon vidare till nivå 3 där fem sit-ups genomfördes genom att hålla i öronsnibbarna och lyfta övre kroppen så högt upp att armbågarna rörde låren.



Figur 9: Vårdpersonalens magmuskelstyrka.

Resultat i pretestet: I det första testet låg 22,2 % av deltagarna under medelvärdet, 55,6 % fick samma resultat som medelvärdet och 22,2 % låg över medelvärdet.

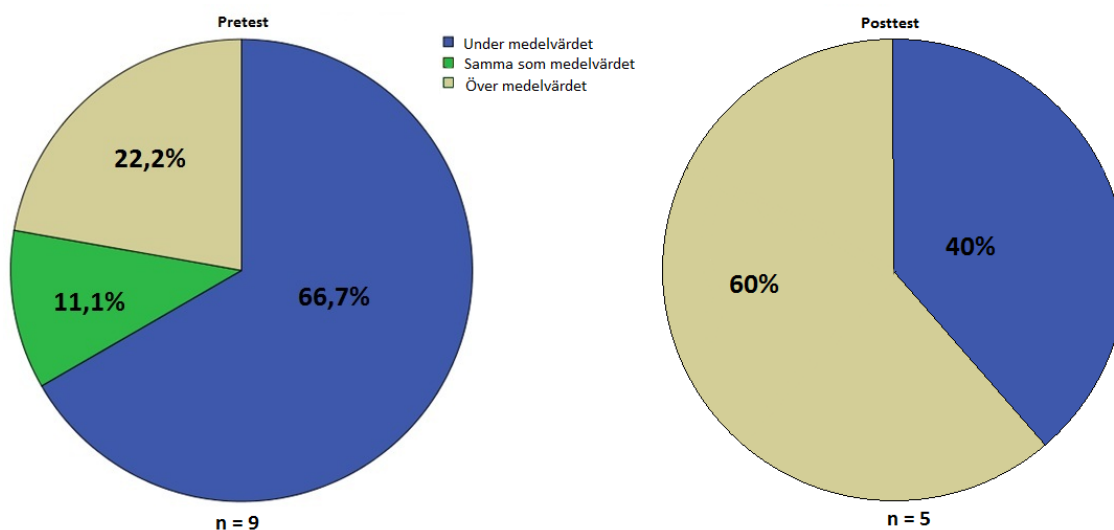
Resultat i posttestet: 20 % fick ett resultat som låg under medelvärdet, 60 % fick samma som medelvärdet och 20 % låg över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick samtliga deltagare samma resultat som vid pretesttillfället.

6.1.10 Ryggens muskelkondition

Utförande: Testdeltagaren lade sig på mage på ett 15-20 centimeter högt step-bräde. Deltagaren skulle ligga längs med brädet så att överkroppen var utanför brädet och höftbenen ca. en centimeter från kanten på kortsidan. Instruktören höll fast testdeltagarens vristar och uppmanade henne att föra händerna i kors bakom nacken, hålla armbågarna vågrätt utåt, nacken rak och blicken i golvet. Deltagaren som testades skulle nu lyfta överkroppen så att kroppen var helt rak och hålla denna position så länge

som möjligt. Om hon klarade av att hålla denna position över 2 minuter och 43 sekunder fick hon fulla poäng.



Figur 10: Vårdpersonalens statistiska ryggmuskelstyrka.

Resultat i pretestet: 66,6 % av deltagarna låg under medelvärdet, 11,1 % hade samma poäng som medelvärdet och 22,2 % låg över medelvärdet.

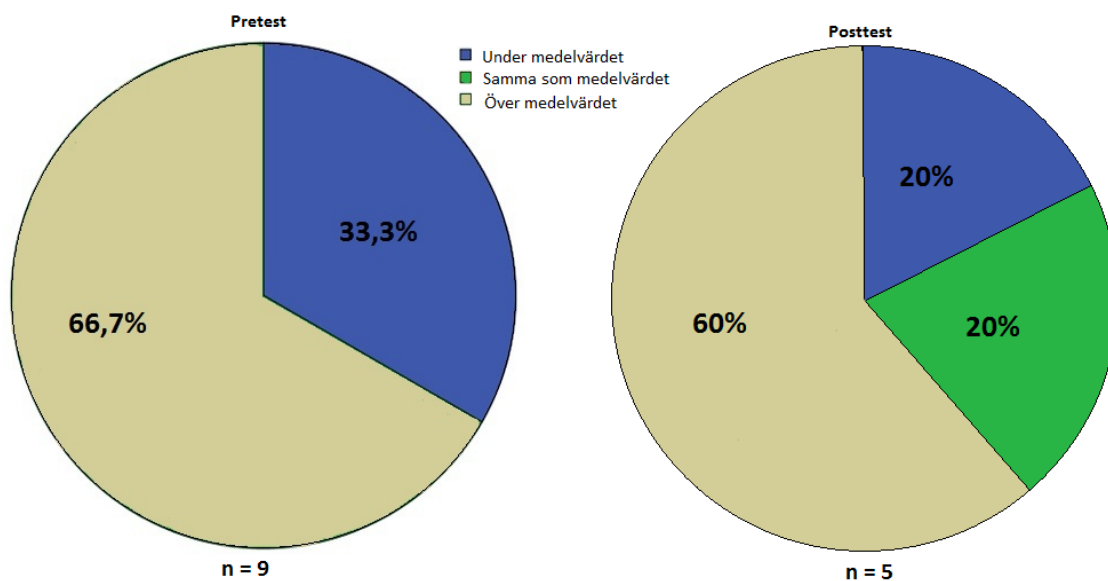
Resultat i posttestet: I posttestet hade 40% av deltagarna ett resultat som låg under medelvärdet och 60 % över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 60 % av deltagarna samma poäng som vid pretestet medan 40 % av deltagarna förbättrade sitt resultat. Ingen av deltagarna försämrade sitt resultat.

6.1.11 Spänsthopp

Utförande: Två A3:ans papper lades upp på en vägg. Testdeltagaren stod med den dominerande handens sida mot väggen och instruktören märkte ut en prick med en penna på testdeltagarens långfingerspets. Deltagaren sträckte sedan upp handen och tryckte ett märke på pappret i utgångspositionen. Således fick instruktören nu ett landmärke var den högsta punkten (A) mätt från långfingret var på pappret. Personen som testades uppmanades nu att hoppa upp och röra med långfingret så högt upp på pappret som möjligt. Det var tillåtet att ta fart genom att böja knäna och ta hjälp av

armarna. En ny punkt (B) märktes på pappret. Sträckan mellan punkt A och B mättes. Ju längre sträcka desto bättre resultat.



Figur 11: Spänst i nedre extremiteterna.

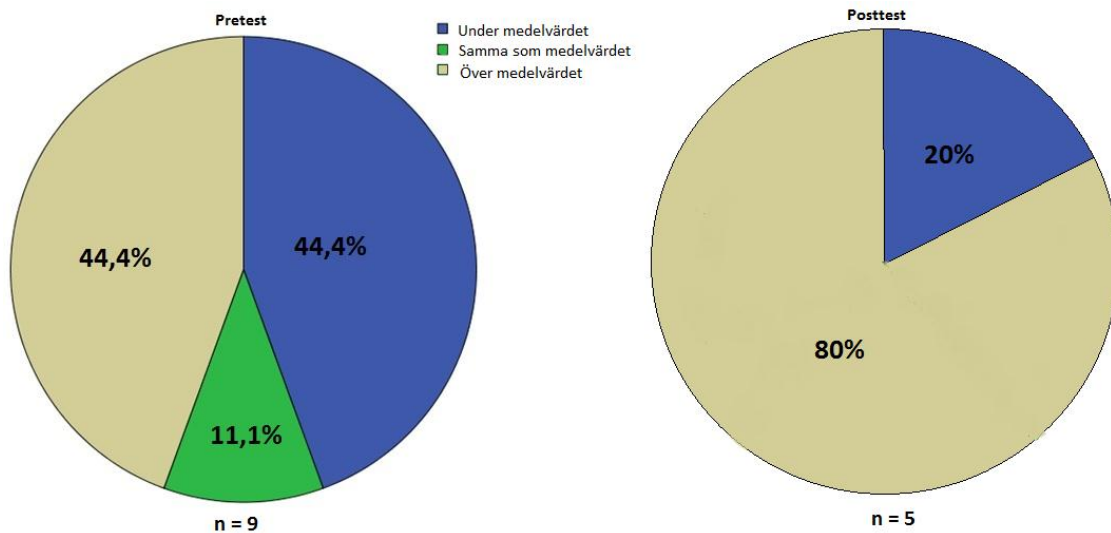
Resultat i pretestet: 33,3 % fick ett resultat under medelvärdet, medan 66,7% fick ett resultat som låg över medelvärdet.

Resultat i posttestet: 20 % av deltagarna låg under medelvärdet, 20 % fick samma resultat som medelvärdet och 60 % låg över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena försämrade 20 % sitt resultat, 60 % fick samma resultat som förra gången och 20 % förbättrade sitt resultat.

6.1.12 Utfallssteg

Utförande: Testdeltagaren gjorde utfallssteg så att hon tog ett litet steg fram, böjde knäna och höften så att det bakre knäet rörde i marken, kom upp igen och steg tillbaka till utgångspositionen. Testdeltagaren gjorde utfall på 5 olika nivåer. I den första nivån gjorde deltagaren utfallssteg (ett utfall/ben) med den egna kroppsvikten. I nivå 2 lades en ryggsäck på testdeltagarens rygg med tyngden 10 % av den egna kroppsvikten. Nivå 3 innebar 20 %, nivå 4 innebar 30 % och nivå 5 innebar 40 % av kroppsvikten.



Figur 12: Förmågan att utföra utfallssteg.

Resultat i pretestet: 44,4 % av testdeltagarna fick ett resultat som låg under medelvärdet, 11,1 % samma som medelvärdet och 44,4 % över medelvärdet.

Resultat i posttestet: I det andra testet fick 20 % ett resultat under medelvärdet och 80 % över medelvärdet.

Av de som deltog i båda testtillfällena fick 60 % av deltagarna samma resultat som i pretestet medan 40 % förbättrade sitt resultat. Ingen av deltagarna försämrade sitt resultat

6.1.13 Sammanfattning av hela testet

Pretest: När vi sammanfattade hela det fysiska testet med alla teststationer inräknade och räknade ut ett medelvärde för varje enskild deltagare visade det att 56,7 % av deltagarna låg under medelvärdet jämfört med jämnåriga med samma kön, 33,3 % hade ett resultat på samma nivå som medelvärdet medan 11,1 % hade ett resultat klart över medelvärdet. Hela gruppens medelvärde i det fysiska pretestet var 2,76 vilket är något under medelvärdet jämfört med jämnåriga med samma kön.

Posttest: När deltagarna (n=5) testades igen efter den 10 veckor långa interventionsperioden hade 20 % ett resultat som kan klassas som under medelvärdet om man jämför med jämnåriga med samma kön, medan 80 % hade ett resultat över.

Den grupp som deltog i posttestet hade ett medelvärde på 3,65, vilket är över medelvärdet om man jämför med jämnåriga med samma kön.

6.1.14 Svagheter och styrkor i testgruppen

Resultaten från pre- och posttesterna visade att vårdpersonalen har en del svagheter i muskelkonditionen, men även en hel del styrkor. Benstyrkan hos de flesta var mycket god och så även gripkraften vid båda testtillfällena. Magmuskelstyrkan visade också väldigt goda resultat, men däremot fanns det en generell svaghet i ryggens muskulatur. En svag rygg kan ha ett samband med de STÖRÖ-relaterade skadorna som majoriteten av testdeltagarna hade enligt UKK-terveysseula. Styrkan i arm- och bröstmusklerna var inte heller vårdpersonalens starka sida, vilket är ganska förvånande med tanke på att de använder armarna dagligen.

Muskeltöjbarheten i bålen vid lateralflexion och i hamstrings var generellt sämre än medelvärdet, medan skuldrans rörlighet var bättre. De två förstnämnda testerna förbättrades betydligt vid posttillfället.

Balansen är en viktig faktor i det vardagliga livet och testerna för balansen klarade vårdpersonalen av relativt bra. Att stå på ett ben var inget problem för de flesta medan det var svårare att stå på en balk. Baklängesgången var klart svårast att utföra om man ser till resultaten, men detta test förbättrades också vid posttillfället.

6.2 Vårdpersonalens fysiska aktivitet mätt med aktivitetsdagbok och stegmätare före och efter interventionsperioden

Vi hade bett vårdarna fylla i aktivitetsdagboken varje dag i en veckas tid före och efter interventionsperioden. Nio deltagare fyllde i aktivitetsdagboken före interventionsperioden och endast fyra deltagare gjorde detta efteråt.

Resultatet ur aktivitetsdagböckerna visade tydligt att graden nyttomotion bland vårdarna varierade kraftigt mellan individerna. Vi räknade ut medeltalet för antal steg per dag för varje enskild individ och märkte att det varierade från 5724 till 14546 steg/dag före interventionen och från 5975 till 12815 efter interventionen. Med att jämföra dessa siffror kan man påstå att graden av nyttomotion inte ändrats märkbart efter interventionsperioden. Gruppens medelvärde för antal steg per dag blev 9362 vid pretestet och 9113 vid posttestet. Det är värt att påpeka att det under pretestet varit två deltagare som överhuvudtaget inte fyllt i antal steg per dag i aktivitetsdagboken, en deltagare hade fyllt i endast för tre dagar och en deltagare hade fyllt i antal steg för fem dagar, men vi räknade ut medelvärdet för antal steg/dag utgående från de dagar då stegmätaren hade använts. Efter interventionen var det en av fyra deltagare som inte antecknat antal steg per dag överhuvudtaget i aktivitetsdagboken.

För att man skall hållas frisk bör man under ett dygn ta 10 000 steg och för att gå ned i vikt krävs 12 000-15 000 steg/dag (Omron Walking Style II). Av vårdpersonalen är det endast 22,2 % som i genomsnitt går minst 10 000 steg/dag under pretestet vilket innebär att hela 55,6 % inte går tillräckligt. Den resterande 22,2 % fick vi inget resultat för, eftersom dessa personer inte fyllt i antal steg/dag i sina aktivitetsdagböcker. Under posttestet var det 25 % som i genomsnitt gick minst 10 000 steg/dag och en lika stor andel fick vi inget resultat för, d.v.s 50 % av vårdpersonalen under posttestet gick mindre än vad som krävs för att hållas frisk.

Vid granskning av pretest-aktivitetsdagböckerna visade det sig att vårdarna idkar fysisk träning 1-3 gånger per vecka och i genomsnitt 1,78 gånger. Träningsformer som förekommer i gruppen är promenad, cykling, jogging, gymträning, golf och fotboll.

Under posttestet varierade antal träningar per vecka från 0 till 2 gånger och i medeltal har gruppen tränat en gång per vecka. Träningsformerna under posttestets dagboksperiod var promenad, stavgång och gång på löpband.

Vid analys av de ifyllda aktivitetsdagböckerna från pretestet, har vi räknat ut att 55,5 % uppfyller rekommendationerna (Finska läkarföreningen Duodecim 2010) för uthållighetsträning och under posttestet är motsvarande andel endast 25 %. Ingen av vårdarna utför muskelträning tillräckligt med tanke på rekommendationerna.

Träningspassens medelmåttliga duration varierade mellan deltagarna vid pretestet från 29 till 240 minuter. Gruppens medelvärde för träningsduration blev 82,33 minuter vid pretestet. Vid posttestet varierade den medelmåttliga träningsdurationen från 45 till 75 minuter och gruppens medelvärde blev 60 minuter.

Vi räknade ut medeltalet för träningarnas belastningsgrad för varje enskild deltagare före interventionsperioden och denna visade sig variera från 10 till 18,67 mätt på Borgskalan. Gruppens medelvärde för belastningsgrad blev 14,21 på Borgskalan före interventionsperioden och 12 efter interventionsperioden. Det var dock endast en person som hade i sin aktivitetsdagbok efter interventionsperioden antecknat träningarnas belastningsgrad.

6.3 Vårdpersonalens fysiska aktivitet och hälsotillstånd mätt med UKK-terveysseula före och efter interventionsperioden

Vårdpersonalens fysiska aktivitet och hälsotillstånd kartlades före och efter interventionsperioden med hjälp av UKK-terveysseula. Nio vårdare besvarade frågeformuläret under pretestet och endast fem stycken gjorde detta vid posttestet. Resultaten ur frågeformuläret redovisas i detta kapitel med hjälp av bilder och text. Bilderna till vänster är alltid en redovisning från pretestet, medan bilderna till höger är från posttestet. Förklaringarna till de olika färgerna som använts vid respektive frågor, finns alltid mellan pretest och posttest bilderna. Varje fråga från frågeformuläret redovisas skilt för sig. Vid de frågor som inte är helt slutna, har skribenterna slagit ihop

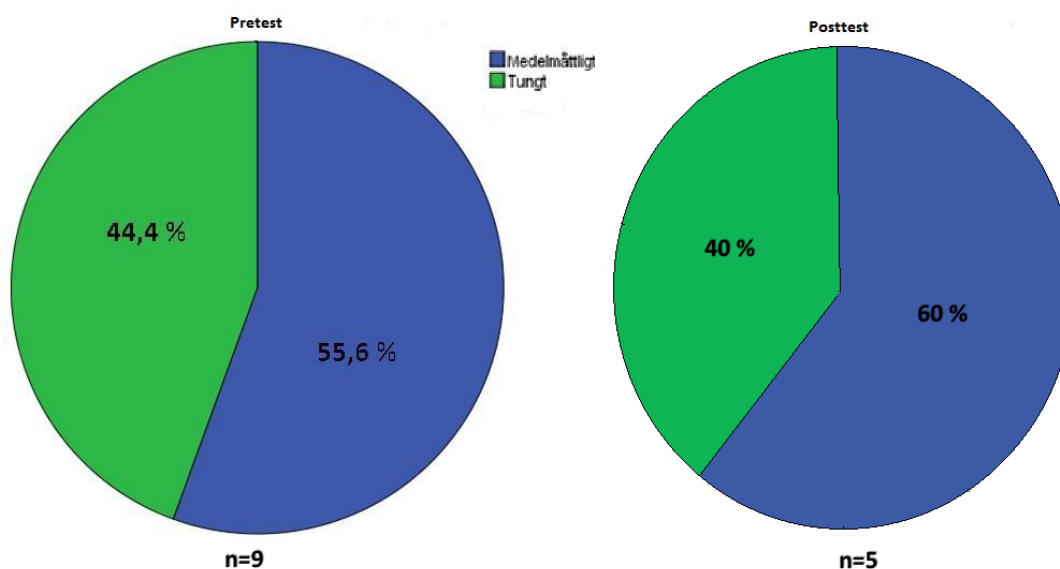
olika svar deltagarna gett för att få resultaten redovisade och analyserade bättre. Ett exempel på en sådan fråga är fråga nummer tre.

Bortfallet vid posttestet var 44,4 % och har inte räknats med i resultatet, d.v.s. i pretestet analyserades resultatet från nio deltagare (n=9) och i posttestet från fem deltagare (n=5). Detta gör att det blir närmast omöjligt att jämföra figurena från pre- och posttestet sinsemellan.

6.3.1 Fysisk aktivitet

De första sex frågorna kartlägger deltagarens grad av fysisk aktivitet, intresse och förutsättningar för motion.

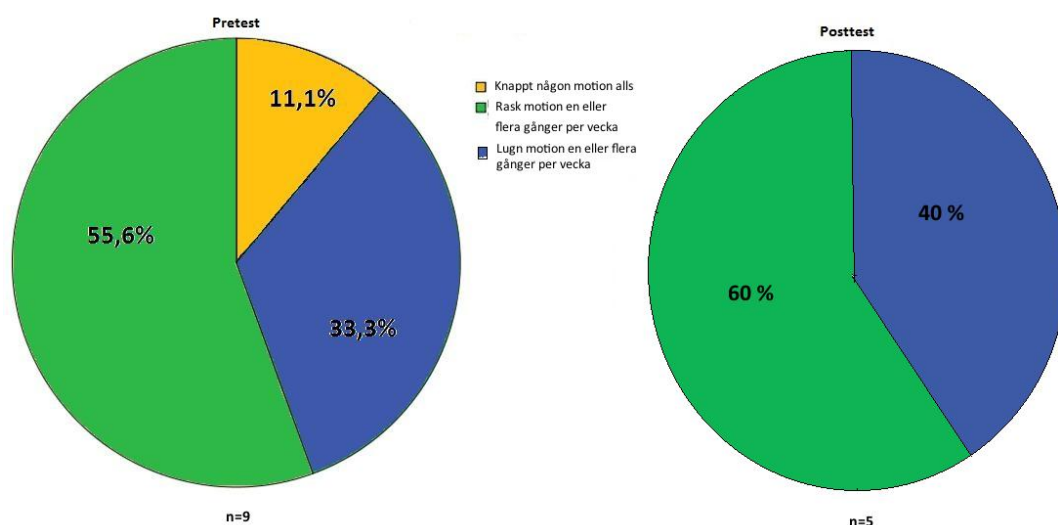
Fråga 1: Mitt arbets fysiska belastning är:



Figur 13: Vårdpersonalens upplevda fysiska arbetsbelastning.

Vid pretestet var det 55,6 % som upplevde arbetet som medelmåttligt fysiskt belastande och 44,4 % som tungt. Vid posttestet upplevdes arbetet som tungt av 40 % och som medelmåttligt av 60 %. För denna fråga fanns också två svarsalternativ som ingen valt, nämligen "lätt" och "jag arbetar inte".

Fråga 2: Till vilken av följande motionsgrupper hör du?

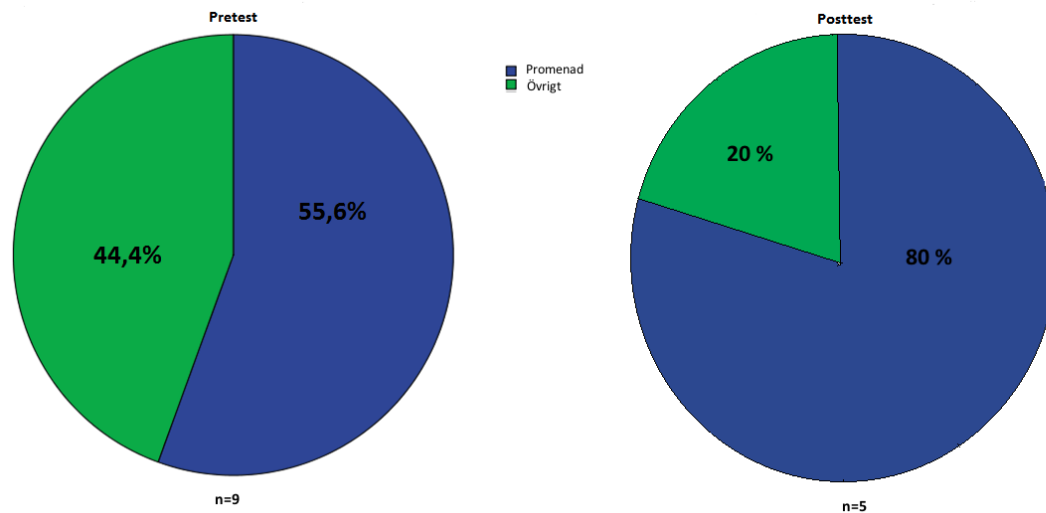


Figur 14: Vårdpersonalens motionsfrekvens.

Vid denna fråga fanns ursprungligen tre olika alternativ som deltagaren fick välja mellan (de som finns redovisade i bilden som gul, grön och blå) och på de två sista alternativen skulle deltagaren skriva in hur många gånger per vecka denna motion utförs. Eftersom deltagaren själv fick fylla i hur många gånger hon motionerar, märkte vi under databearbetningen att det inte går att på ett ändamålsenligt sätt ordna svaren i olika kategorier. Av detta skäl bestämde vi oss för att redovisa resultaten endast i de tre större kategorierna; knappt någon motion alls, lugn motion och rask motion.

Vid pretestet var det 55,6 % av deltagarna som idkar rask motion en eller flera gånger i veckan, medan motsvarande andel i posttestet var 60 %. Endast 11,1 % ansåg sig knappt idka någon motion alls i veckan vid pretestet och vid posttestet var det ingen som gjorde det. De resterande deltagarna (33,3 % vid pretestet och 40 % vid posttestet) ansåg sig motionera lugnt en eller flera gånger i veckan.

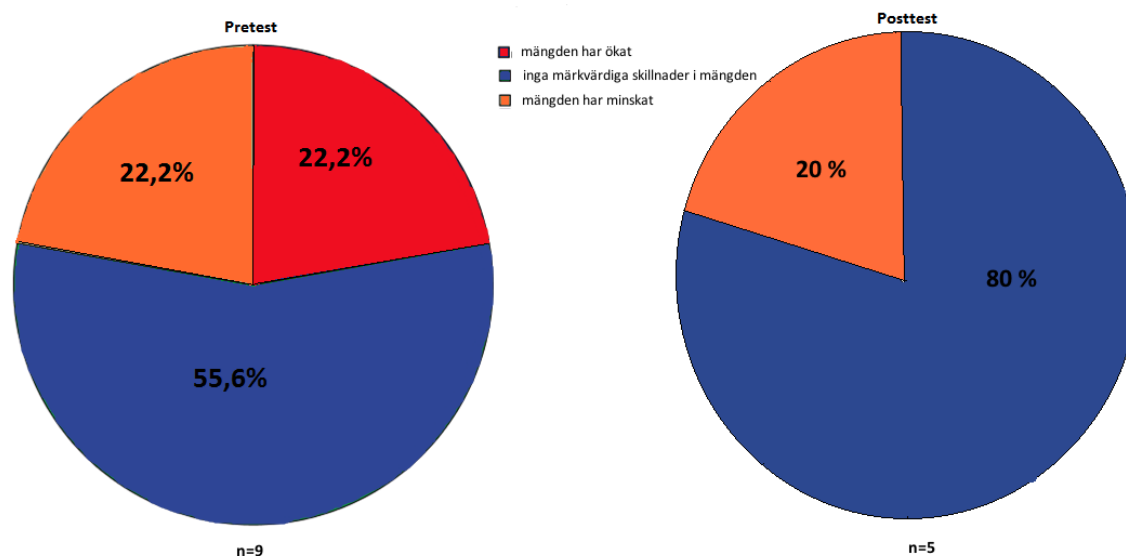
Fråga 3: Vilka har varit de vanligaste formerna av motion eller fysisk aktivitet du idkat under den senaste tiden?



Figur 15: Vårdersonalens motionsformer.

Vid denna fråga skulle deltagaren fylla i den vanligaste, näst vanligaste och tredje vanligaste formen av motion som hon idkat under den senaste tiden. Vid granskning av svaren på denna fråga, märkte vi att den överlägset vanligaste formen av motion bland deltagarna var promenad och därför har vi valt att redovisa för det i bilden ovan. 55,6 % av vårdarna uppger promenad som den vanligaste formen av motion under den senaste tiden vid pretestet. Vid posttestet är motsvarande andel 80 %. Andra vanliga former av motion bland deltagarna i både pretestet och posttestet var cykling, simning, stavgång och styrketräning.

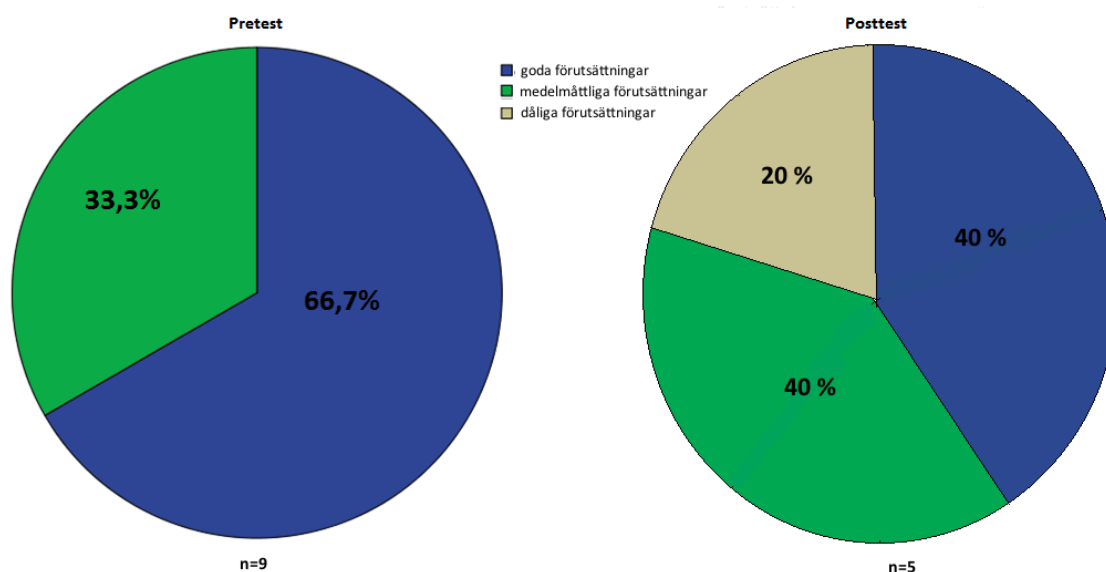
Fråga 4: Har mängden på din fritidsmotion förändrats under de senaste 3 månaderna i jämförelse med vad den varit tidigare?



Figur 16: Förändringar i mängden motion.

Vid jämförelse av svaren vid pre- och posttestet märkte skribenterna överraskande resultat, nämligen att ingen vid posttestet ansåg mängden på sin fysiska aktivitet ha ökat under de senaste tre månaderna, medan det var 22,2 % som ansåg det vid pretestet. Här bör man dock komma ihåg att bortfallet vid posttestet var 44,4 %, d.v.s. de som vid pretestet ansåg mängden ha ökat, kan ha varit bland de deltagare som vid posttestet varit frånvarande. Av vårdarna var det 22,2 % som ansåg mängden fritidsmotion ha minskat vid pretestet och vid posttestet var motsvarande andel 20 %. Inga märkbara skillnader i mängden hade skett för 55,6 % vid pretestet och för 80 % vid posttestet.

Fråga 5: Hurudana förutsättningar (tid, pengar, faciliteter, instruktion) samt intresse har du i din nuvarande livssituation för att idka motion?

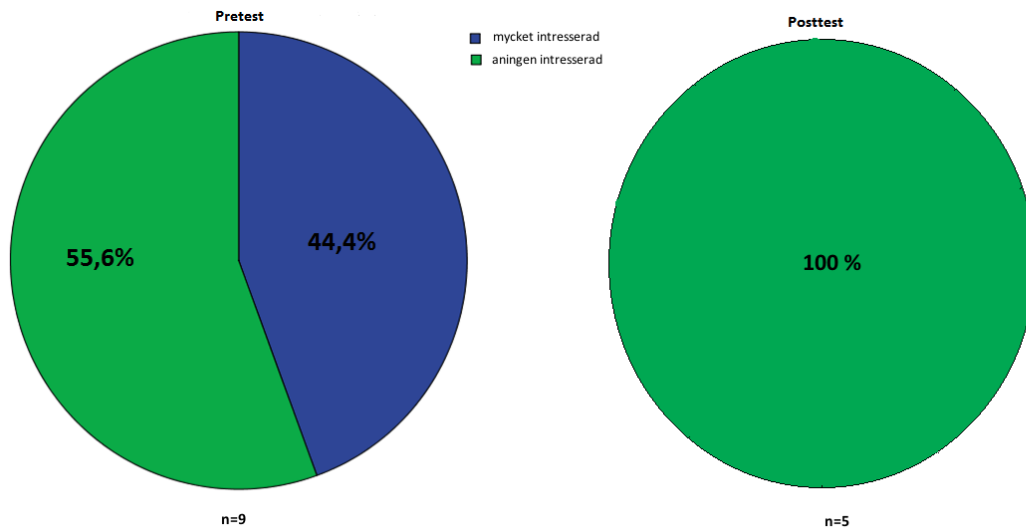


Figur 17: Vårdpersonalens förutsättningar för motion.

Största delen (66,7 %) anser sig ha goda förutsättningar för fritidsmotion vid pretestet. Vid posttestet hade andelen som ansåg sig ha goda förutsättningar minskat till endast 40 %, men även här tror skribenterna att det beror på att så många var frånvarande vid posttestet. Intressant var att ingen ansåg sig ha dåliga förutsättningar för att idka motion vid pretestet medan 20 % ansåg det vid posttestet.

På ett frågeformulär hade de dåliga förutsättningarna förklarats med att en ökad tidsbrist låg i bakgrunden till detta.

Fråga 6: Hur intresserad är du att motionera?



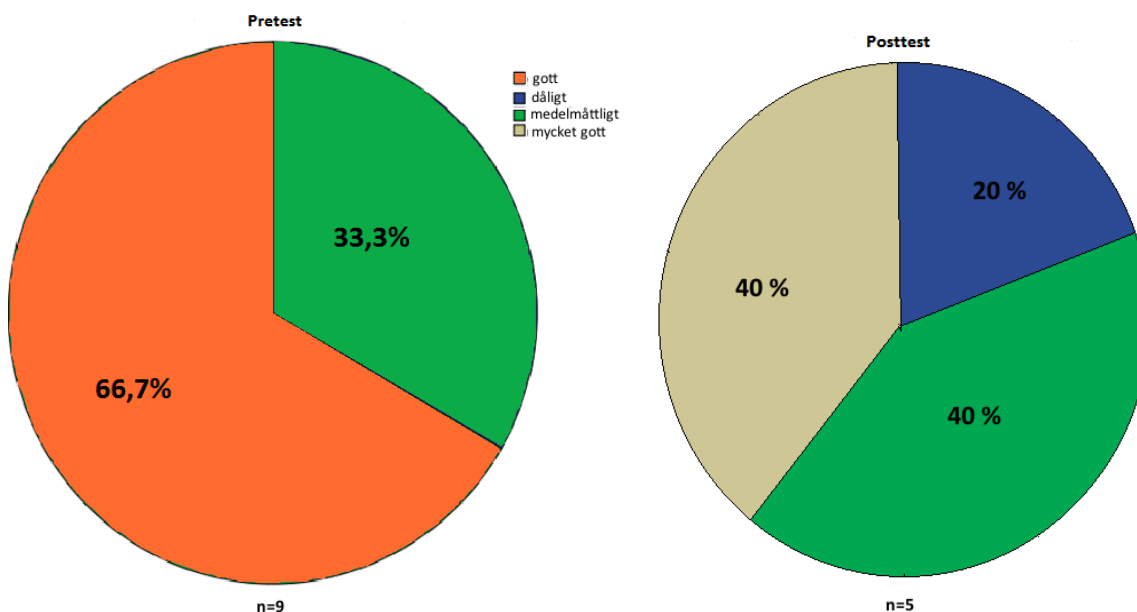
Figur 18: Vårdarnas intresse för motion.

55,6 % av deltagarna var aningen intresserade att motionera vid pretestet och vid posttestet ansåg alla sig vara det. 44,4 % var mycket intresserade vid pretestet och samma andel var frånvarande vid posttestet. Notera att det på denna fråga fanns ett tredje svarsalternativ "ingen intresse" som ingen av deltagarna valde.

6.3.2 Hälsotillstånd

I frågeformuläret fokuserar frågorna 7-19 på att utreda deltagarens hälsotillstånd. De två sista frågorna lämnade vi bort i resultatredovisningen och analysen eftersom de inte betraktades väsentliga då de endast utreder alkoholkonsumtionen under det senaste dygnet och eventuella förkylningar under de senaste två veckorna. De utreder alltså främst kontraindikationer till deltagande i testen. Även fråga 12 lämnades bort för att garantera anonymitet.

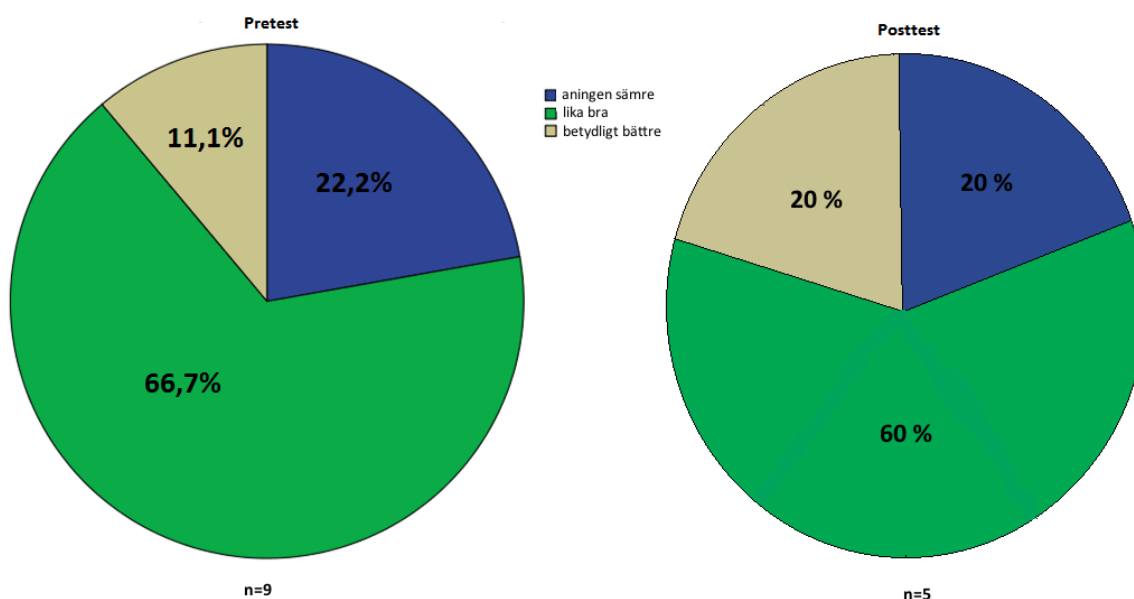
Fråga 7: Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd?



Figur 19: Vårdpersonalens upplevda hälsotillstånd.

Något intressant var att hela 66,7 % vid pretestet ansåg sig ha ett gott hälsotillstånd medan ingen ansåg detta vid posttestet. Vid posttestet var det däremot 40 % som ansåg sig ha ett mycket gott hälsotillstånd, medan ingen ansåg detta vid pretestet. Skribenterna antar att dessa deltagare kan ha upplevt sina hälsotillstånd som goda vid pretestet och att upplevelsen vid posttestet förändrats till mycket gott. Skribenterna fick vid posttestet höra av några deltagare att de lidit av förkylningar. Detta kan ha påverkat deras uppfattning om sina hälsotillstånd. Vid pretestet var det nämligen ingen som ansåg sig ha ett dåligt hälsotillstånd, medan 20 % ansåg detta vid posttestet.

Fråga 8: Hur bedömer du din fysiska kondition i jämförelse med andra i din ålder?



Figur 20: Vårdpersonalens upplevda kondition.

I pretestet anser största delen av vårdarna (66,7 %) sin fysiska kondition vara lika bra jämfört med jämnåriga personer. Motsvarande andel var 60 % i posttestet. 11,1 % anser sig ha betydligt bättre kondition vid det första testtillfället och motsvarande andel är 20 % vid posttestet. 22,2 % vid pretestet och 20 % vid posttestet ansåg sig ha aningen sämre kondition än jämnåriga.

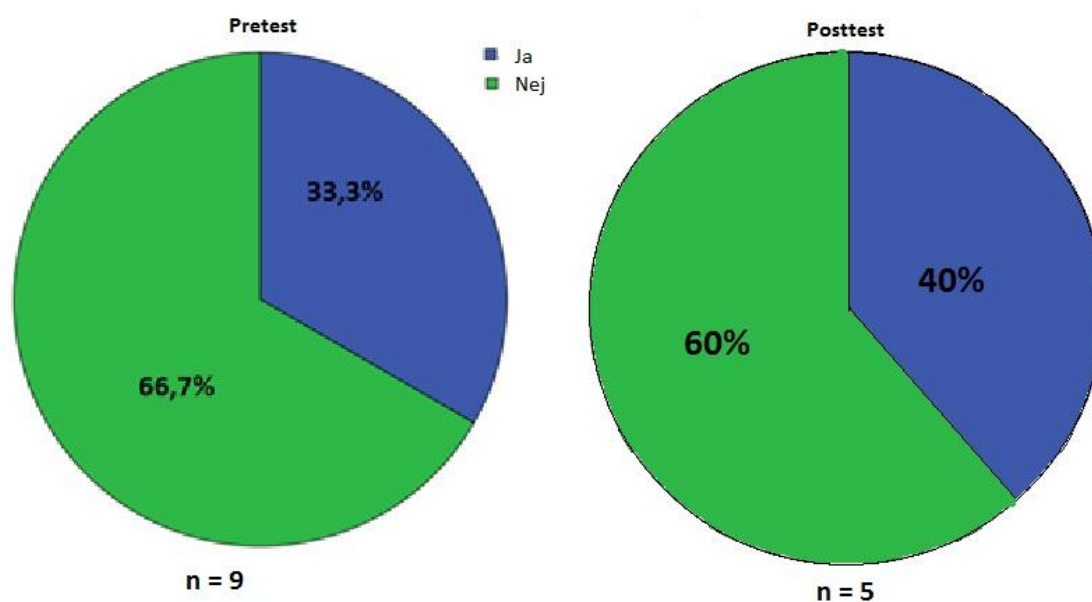
Fråga 9: Har du av läkare diagnostiserad hjärt-, kärl- eller andningsorgans sjukdom?

Det var 22,2 % av vårdarna som led av hjärt- och kärlsjukdomar vid pretestet. Vid posttestet var det ingen som led av dessa sjukdomar, och därför kan dessa personer antas vara frånvarande vid posttestet.

Fråga 10: Förekommer det hos dig bröstsmärtor eller andnöd?

Ingen lider av bröstsmärtor eller andnöd. Vid posttestet var det 20 % som sade sig lida av bröstsmärtor eller andnöd vid ansträngning, men förklarade att detta berodde på att hon haft en förkylning.

Fråga 11: Lider du av blodtryckssjukdom eller har du av läkare diagnostiserats med högt blodtryck?



Figur 21: Blodtryckssjukdomar bland vårdpersonalen.

33,3 % har blivit diagnostiserade med högt blodtryck vid pretestet medan motsvarande andel vid posttestet var 40 %. Om man ser på den procentuella andelen som lider av dessa sjukdomar, märker man att andelen ökat från pretestillfället till posttestet. Eftersom antal deltagare dock förändrats från pretestet (n=9) till posttestet (n=5) kan man räkna ut att det under pretestet var tre personer som fått diagnosen, medan det på posttestet var två personer. Vi kan ändå inte vara säkra på att antal vårdare med blodtryckssjukdom inte ökat, då det bland de fyra vårdare som inte deltog i posttestet också kan finnas diagnostiserade blodtryckssjukdomar.

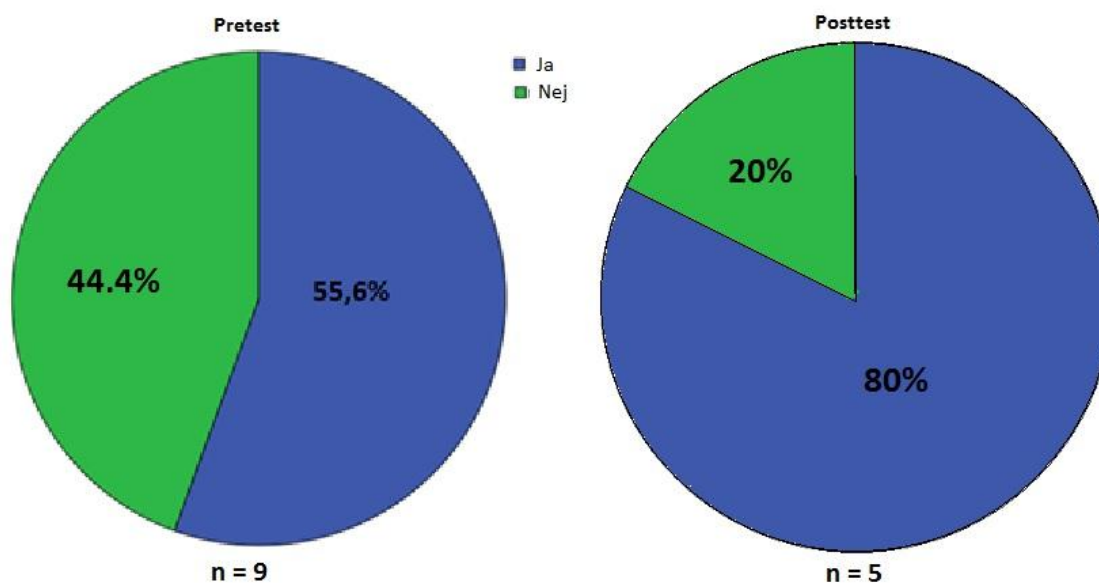
Fråga 13: Lider du ofta av svindel?

Vid pretestet är det 11,1 % lider av svindel som anges bero på lågt blodtryck. Vid posttestet är det ingen av deltagarna som lider av svindel.

Fråga 14: Har du av läkare diagnostiserad inflammatorisk ledsjukdom?

Ingen har blivit diagnostiserad med inflammatorisk ledsjukdom.

Fråga 15: Lider du av ryggsproblem eller andra långvariga eller ständigt återkommande besvär i stöd- och rörelseorganen?



Figur 22: Förekomst av problem i stöd- och rörelseorganen

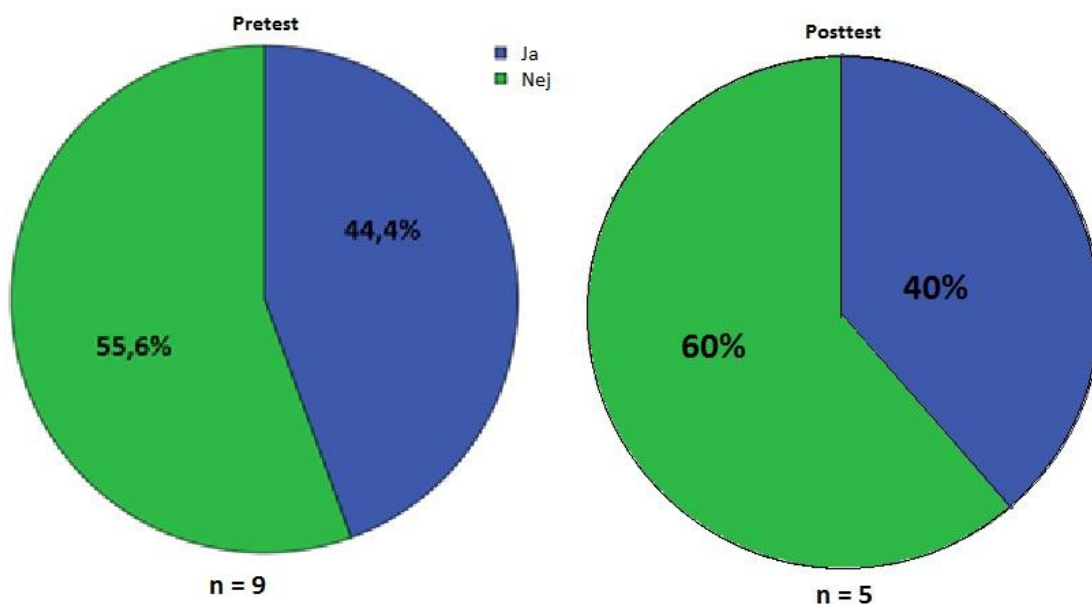
Vid pretestet var det 55,6 % som led av ryggsproblem eller andra långvariga eller ständigt återkommande besvär i stöd- och rörelseorganen. Vid posttestet var den motsvarande andelen 80 %. På denna punkt är det värt att kommentera att det vid både pre- och posttestet var fyra vårdare som led av STÖRÖ-besvär, men att den procentuella andelen som visas på figuren ovan, ger en bild av att STÖRÖ-besvären ökat efter interventionen. Vi vet inte hur situationen skulle ha sett ut ifall alla nio vårdare skulle ha

svarat på denna fråga också vid posttestet, men det kan tänkas att de vårdare som led av STÖRÖ-besvären vid pretestet också valde att vara med på posttestet.

Fråga 16: Har du någon annan hälsorelaterad orsak (som inte kommer fram i de tidigare frågorna) till varför du inte borde ta del i motion, även om du själv ville?

Ingen anser sig ha någon annan hälsorelaterad orsak till varför de inte kunde delta i motion.

Fråga 17: Använder du några mediciner för tillfället?



Figur 23: Bruk av mediciner bland vårdpersonalen.

Vid pretestet är det 44,4 % av deltagarna som använder mediciner medan 40 % gör det vid posttestet. Mediciner som används är mediciner för bl.a. högt blodtryck och astma.

6.3.3 Sammanfattning av resultaten från UKK-terveysseula

Sammanfattningsvis kan man säga att vårdarna på vårdenheten har en relativt god hälsa, jämfört med jämnåriga personer. Det som kom fram i frågeformuläret var att 22,2 % av vårdpersonalen lider av hjärt- och kärlsjukdomar vid pretestet⁴. Detta motsvarar ungefär samma andel invånare (över en miljon) som i Finland lider av hjärt- och kärlsjukdomar (Finlands Hjärtförbund 2008 s. 2).

Något oroväckande var att så många vårdare lider av problem i stöd- och rörelseorganen. Hela 55,6 % anger sig lida av ryggproblem eller andra långvariga eller ständigt återkommande besvär i stöd- och rörelseorganen vid pretestet. Detta samband mellan vårdrcke och STÖRÖ- sjukdomar har i vårt examensarbets tidigare kapitel (se kapitel 4) redan behandlats och därmed är vår studie tyvärr en bekräftelse på att detta samband även finns på den vårdenhet som vi studerade.

Övrigt som kom fram i frågeformuläret var att största delen av vårdarna ansåg sig ha ett gott hälsotillstånd samt en lika bra fysisk kondition som jämnåriga personer. Vårdarna verkar vara aningen intresserade av att motionera och gör det ofta enligt dem själva flera gånger i veckan i form av promenader. Förutsättningarna för att idka fritidsmotion anses av de flesta som goda. Den fysiska arbetsbelastningen uppskattas av de flesta vårdare som medelmåttligt.

På grund av det stora bortfallet går det inte att konstatera några samband mellan ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram och förändringar i hälsotillståndet.

⁴ Eftersom antal vårdare som deltog vid pretestet var större (n=9) än vid posttestet (n=5) använder skribenterna i denna sammanfattning resultaten från pretestet. Skribenterna anser att det ger en mer pålitlig bild av gruppen som helhet då deltagarantalet är större.

6.4 Hur förbinder sig vårdpersonalen till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram mätt med aktivitetsdagbok?

Under den 10 veckor långa interventionsperioden skulle varje deltagare fylla i en aktivitetsdagbok. Målet med denna aktivitetsdagbok var att få svar på vår fjärde forskningsfråga genom att undersöka hur ofta deltagarna utförde det utgivna hemträningsprogrammet samt om det fanns några andra fysiska aktiviteter som kan ha påverkat posttestresultatet. Aktivitetsdagböckerna delades ut till nio deltagare och fem returnerades. Trots att vi sköt upp deadline för inlämningen av aktivitetsdagböckerna fick vi ändå inte in alla.

Resultatet visade att det förekom stora skillnader mellan vårdarna med tanke på träningsmängden under interventionsperioden. Många deltagare tränade inte efter det utgivna träningsprogrammet utan gjorde andra aktiviteter istället, trots uppmaningar om att utföra programmet 1-3 gånger i veckan. När vi räknade ut antalet utförda träningar/vecka enligt det utgivna träningsprogrammet för varje enskild individ varierade det allt från noll till tre träningar per vecka. Av de som lämnade in sina aktivitetsdagböcker var det 40 % som inte utförde träningsprogrammet en enda gång under interventionsperioden. När vi räknade ut gruppens medeltal för antalet träningar utförda enligt träningsprogrammet under interventionsperioden fick vi resultatet 0,56, vilket skulle motsvara en träning varannan vecka. Belastningsgraden på Borg-skalan under utförandet av hemträningsprogrammen varierade från 11 till 18. Gruppens medeltal för värdet på Borg-skalan var 13,7, vilket motsvarar belastningsgraden ”ganska ansträngande – ansträngande”. 40 % av deltagarna hade inte angett värdet på Borg-skalan och räknades därför inte med i medeltalet.

Träningar utförda enligt hemträningsprogrammen var inte populära bland deltagarna. Samtliga deltagare idkade dock någon annan form av motion under dessa 10 veckor. Den vanligaste motionsformen i testgruppen enligt aktivitetsdagböckerna var promenader. Andra motionsformer var cykling, simning, gymträning och bollspel. Antalet träningar utförda genom andra motionsformer än träningsprogrammet varierade mellan deltagarna från noll till fem gånger i veckan. Gruppens medeltal blev här 1,42

vilket på ett ungefär skulle motsvara motion 1-2 gånger i veckan. Dessa resultat ligger under motionsrekommendationerna för personer i åldrarna 18-64 år (Finska läkarföreningen Duodecim 2010). Värdet på Borg-skalan för övriga motionsformer varierade mellan 9 och 19. Gruppens medelvärde för belastningsgrad var 13,4, vilket ungefär motsvarar belastningsgraden ”ansträngande” på Borg-skalan. 20 % av deltagarna hade inte fyllt i belastningsgraden enligt Borg-skalan, medan några deltagare endast hade fyllt i några veckor.

7 BORTFALL

Sammanlagt 15 personer fick informationsbrevet och av dem var det sju stycken som deltog vid informationstillfället. Enligt de som deltog vid informationstillfället fanns det ytterligare sju personer som kunde tänkas vara intresserade av att delta i studien. Eftersom varje deltagare skulle använda en stegmätare och aktivitetsdagbok innan den första testningen, lämnade vi sju extra stegmätare och aktivitetsdagböcker med instruktioner till vårdenheten för att undvika onödigt bortfall. Nio personer anmälde sig till pretestet, vilket innebär att det var ett bortfall på sex personer från vårt sampel ($n=15$). Under den andra pretestdagen var det en deltagare som inte kunde delta på grund av sjukledighet. Däremot var det en annan vårdare som anmälde sig till pretestet senare under dagen, vilket sist och slutligen medförde att nio stycken deltagare inkluderades i studien. Samtliga deltagare som deltog i pretestet ($n=9$) lämnade in sina aktivitetsdagböcker på pretestdagen. Alla dessa nio personer medverkade på interventionstillfället där de instruerades ett individuellt hemträningsprogram som de skulle följa i 10 veckors tid. Alla deltagare fick också en aktivitetsdagbok som de skulle fylla i under interventionsperioden. På posttestdagen dök endast fem ($n=5$) deltagare upp, vilket medförde ett ytterligare bortfall på fyra personer vid posttestet. Bortfallsorsakerna var bland annat sjukledighet, ledig dag från jobbet och axelskada.

Fem aktivitetsdagböcker, som deltagarna skulle följa under en veckas tid efter testet, delades ut på posttestet, men endast fyra returnerades en vecka senare. Av de nio aktivitetsdagböcker som delades ut till interventionsperioden returnerades fem stycken.

8 DISKUSSION

I detta kapitel diskuterar skribenterna studiens metodval och mätinstrument, samt vilka fördelar och brister dessa har haft i studien. Vi diskuterar även studiens resultat och vilka faktorer som eventuellt kan ha påverkat detta. Till sist analyserar vi studiens relevans för arbetslivet och ger förslag på fortsatt forskning.

8.1 Metoddiskussion

Detta examensarbete var ett beställningsarbete av en vårdenhet i södra Finland. Vårt syfte var att kartlägga vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd, samt undersöka hur vårdpersonalen förbinder sig till ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram. Detta gjorde vi för att skapa en grund för ett hälsofrämjande arbete på vårdenheten i framtiden. Vi hade fyra olika forskningsfrågor som alla blev besvarade i vår studie. Innan vi påbörjade denna studie hade vi inga förkunskaper om vilka hälsorelaterade problem som var allmänna bland vårdare, så vi började med att undersöka detta genom en litteratursökning. I den teoretiska bakgrunden framkom att problem i stöd- och rörelseorganen, speciellt ryggproblem, ofta förekommer bland vårdpersonal, men att man genom träning kan förebygga och lindra smärtan.

Vi anser att den kvantitativa metoden lämpade sig väl med tanke på vårt syfte och våra frågeställningar. En pretest-posttest design lämpade sig bäst för det ändamål vi hade om att utreda ett eventuellt samband mellan ett 10 veckors icke-övervakat individuellt hemträningsprogram och en förbättrad fysisk prestationsförmåga. Om vi skulle ha använt en kontrollgrupp skulle också eventuella orsakssamband ha kunnat beskrivas, men på grund av ett litet deltagarantal var detta inte möjligt.

8.1.1 Metoddiskussion om mätinstrumenten

Vi valde att använda oss av UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille eftersom det är ett färdigt utformat och standardiserat testpaket. Vi kunde också ha valt att sammanställa ett eget testpaket, men detta skulle ha krävt mycket extra tid och energi eftersom sådana paket bör pilottestas innan användning. Eftersom vi hade en tidsram som inte tillät

denna extra tid, valde vi ett färdigt testpaket. Två av de fysiska testerna valdes bort; sneda magmuskler och gångtestet. Också mätningarna av blodtryck samt Body Mass Index-värde (BMI) valdes bort i vår studie. De sneda magmuskklerna valdes bort på grund av att referensvärdena inte grundar sig på medelvärdet för jämnåriga personer med samma kön, utan istället på rekommendationer för hur många sneda sit-ups en person borde klara av i de olika åldersgrupperna (UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille s. 26). Gångtestet valdes bort på grund av att vårt syfte inte var att mäta deltagarnas uthållighetskondition, utan vi hade valt att fokusera på muskelkondition och -styrka. Orsaken till varför vi valde att inte mäta blodtryck och BMI var för att vi då ansåg det irrelevant i vår studie. En annan orsak var att vi befarade ett mindre deltagarantal ifall BMI och blodtryck skulle mätas. I efterhand tycker vi ändå att det skulle ha varit bra att mäta dessa hälsorelaterade värden. Vi skulle ha fått en bättre bild över deltagarnas hälsotillstånd och då skulle också vår tredje forskningsfråga besvarats i ett bredare perspektiv. Eftersom målgruppen bestod av svenskspråkiga vårdare, översatte vi instruktionerna för UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille fritt till svenska. Detta kan ha bidragit till att instruktionerna skiljde sig från de ursprungliga finska instruktionerna.

Som vi beskrivit tidigare (se s. 34-36) påverkas reliabiliteten hos resultaten från UKK-testpaketet av många faktorer och för att minska sannolikheten för en minskad reliabilitet bör man standardisera dessa faktorer. Trots att vi strävat efter att standardisera alla faktorer är vi medvetna om att pålitligheten kan ha blivit nedsatt, eftersom vårdpersonalen testades av sammanlagt fyra olika, relativt oerfarna, instruktörer. Enligt Suni & Taulaniemi (2012 s. 62) ökar de analytiska felen som instruktören gör vid mer krävande testpunkter samtidigt som det typiska felet hos en erfaren instruktör är betydligt mindre än hos en oerfaren instruktör (0,2 vs. 1,5). Största delen av testerna i UKK-testpaketet som användes är dock tekniskt lätta att utföra för instruktören, vilket gör att dessa analytiska fel inte borde påverka i värst stor grad. Systematiska fel som kan uppstå vid testandet och påverka reliabiliteten är t.ex. skiljaktigheter mellan instruktörernas tolkning av UKK-testinstruktionerna.

Som sagt är det UKK-testpaket som vi använde oss av utvecklat för att testa hälsokonditionen hos medelålders befolkning, närmare sagt 31-60 åriga personer. Vår

målgrupp bestod däremot av personer i åldrarna 25-65 år, vilket betyder att validiteten påverkas negativt och därmed också reliabiliteten.

Vi anser att det största hotet mot aktivitetsdagböckernas validitet är ifall deltagarna inte är ärliga. Vi har funderat kring detta och konstaterat att det i vår studie inte borde finnas skäl för vårdpersonalen att vara oärliga. Alla deltagare förblev anonyma i resultatredovisningen och på så sätt får inte arbetsgivaren reda på vårdarnas individuella resultat. Vi misstänker dock att en del av deltagarna mer eller mindre omedvetet ändrat på sitt beteende så att de ökat träningsmängden under den tiden de fyllt i aktivitetsdagboken. Detta påverkar naturligtvis resultatens trovärdighet på ett negativt sätt. Angående användningen av stegmätarna tror vi att det som mest hotar pålitligheten är ifall mätarna inte använts på ett korrekt sätt och ifall inte bruksanvisningarna följts. Vi bad alla ta av sig stegmätaren under sina träningspass, men använda den under alla övriga tider under dagen, både på jobbet och i hemmet. Vid analys av aktivitetsdagböckerna märktes dock tydligt att en del använt stegmätaren endast under en viss tid av dygnet och detta gör att antalet steg/dag blir betydligt mindre än vad det i verkligheten varit.

UKK-terveysseula anser vi var det bästa instrumentet som kunde väljas till det ändamål frågeformuläret hade i vår studie. Med hjälp av formuläret fick vi både reda på eventuella kontraindikationer för deltagande i studien, men också svar på vår tredje forskningsfråga eftersom den innehåller frågor angående både fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Eftersom UKK-terveysseula inte i första hand är utvecklat för att bedöma en persons fysiska aktivitet och hälsotillstånd på djupet, skulle ett längre och mer ingående formulär krävas för att kunna skapa en mer omfattande och djupgående kartläggning över dessa områden. Frågeformuläret översattes fritt till svenska, vilket kan ha bidragit till att den svenska versionen inte helt motsvarade den ursprungliga finska och kan på det sätt ha lett till annorlunda resultat än om formuläret besvarats på finska. Frågeformuläret kan också visa fel resultat ifall deltagarna inte är ärliga på samma sätt som vid ifyllning av aktivitetsdagböckerna. Men som fallet var med dagböckerna, tror vi att deltagarna inte på denna punkt heller borde ha haft några anledningar till oärlighet. Vi tror ändå att någon kan ha förfinat svaren eftersom de visste att svaren läses igenom direkt på platsen och eventuella frågor ställs ansikte mot

ansikte. Detta kanske får någon person att inte skriva ut allt, ifall det är något hon t.ex. anser som för privat.

8.2 Resultatdiskussion

Skribenterna använde sig av programmet SPSS för att bearbeta informationen från UKK-testpaketet och UKK-terveysseula. I dessa resultatredovisningar tror skribenterna att risken för att ”mänskliga fel” har skett är mindre än i redovisningen för resultaten av aktivitetsdagböckerna och stegmätarna som skedde manuellt. Eftersom det var mycket information i det material som samlades in, vill skribenterna poängtera att det alltid finns en risk för att de missat något eller t.ex. gjort felberäkningar. Det bör också poängteras att posttestdiagrammen i figurerna 1-23 är skapade manuellt, vilket innebär att storleken på diagrammets delar inte överensstämmer exakt med de procentuella värden som anges för respektive del.

De största missvisningarna i resultatet om man jämför pre- och posttest är såklart bortfallet. Vi bestämde oss för att i vår studie ändå analysera posttestet utan bortfallet, eftersom vi ansåg detta mer överskådligt. Vi räknade deltagarna på posttestet (n=5) som 100 %, medan vi i pretestet hade nio deltagare som 100 %. Om man gör en direkt jämförelse mellan procenterna i pre- och posttestet kan det då lätt misstolkas.

8.2.1 Resultatdiskussion: UKK-terveyskuntotestistö keski-ikäisille

Det fanns många olika faktorer som kan ha påverkat resultatet i det fysiska testet. Eftersom vårdarna även jobbar nattetid kan deras arbetsskift påverka prestationsförmågan vid testtillfället. En av vårdarna jobbade natt före pretestet men dagtid före posttestet, vilket kan vara en av orsakerna till att denne förbättrade sina resultat. En annan faktor som kan ha påverkat posttestet var att alla testdeltagare inte visste om att posttestet skulle äga rum på det utsatta datumet. Av okänd orsak gick inte informationen ut till alla deltagare. Detta kan ha bidragit till det stora bortfall som fanns i posttestet. En del av deltagarna som inte visste om att det var testdag bestämde sig i alla fall för att delta. Resultaten för dessa personer kan ha påverkats av att de inte hunnit förbereda sig inför testet på samma sätt som vid pretestet. Faktorer som kläder, mentala

förberedelser och stress kan ha orsakat missvisningar i resultaten. Vi vet heller inte om dessa deltagare följde instruktionerna om att t.ex. inte utföra tung styrketräning dagen innan testet, inte dricka alkohol eller konsumera stora mängder uppiggande drycker. Omgivningen kan också ha en betydande roll för resultatet. För det mesta testades endast en person åt gången inne i gymnastiksalen, men det hände också att det var flera testdeltagare samtidigt som testades. Eftersom vårdpersonalen gärna ville diskutera med varandra under testets gång och se hur det gick för arbetskamraterna kan koncentrationen i vissa fall ha varit bristande. Pressen att prestera inför sina arbetskamrater kan också ha påverkat resultatet. Balanstesterna placerades som de tre första stationerna och var således närmast dörren. Om en deltagare var mitt uppe i ett balanstest när följande deltagare kom in, tappade den som testades lätt fokus, eftersom balans kräver en enorm koncentration. I efterhand skulle vi ha flyttat om stationerna så att balanstesterna var längst bort från dörren.

I resultatdelen där skribenterna tar upp att det fanns en generell svaghet i arm- och bröstmusklerna hos vårdpersonalen i testet för armpressar, bör det poängteras att testet inte enbart testade dessa muskelgrupper. Arm- och bröstmusklerna testades genom armpressar, vilket betyder att hela bålen och ryggmusklerna bör vara starka för att få godkända resultat. De allra flesta deltagare klarade av att pressa sig upp med armarna, men inte på ett korrekt sätt genom att hålla kroppen rak. Detta bidrog till att över hälften av utförandena underkändes. Armpressarna förbättrades dock avsevärt vid postteststillfället.

Den fysiska prestationen förbättrades enligt posttestet efter interventionen, men man kan ändå inte utgående från det påstå att det finns ett samband mellan en förbättrad fysisk prestationsförmåga och ett icke-övervakat hemträningsprogram, eftersom bortfallet var så pass stort.

8.2.2 Resultatdiskussion: aktivitetsdagbok

Något som eventuellt påverkade resultaten från aktivitetsdagböckerna var varje enskild deltagares tolkning om vad som räknas till nyttomotion och vad som hör till kategorin fysisk träning. Vi hade förklarat för deltagarna att de under träningspassen skulle ta av

sig stegmätaren. Oberoende av våra instruktioner kan det ha tolkats på olika sätt bland deltagarna och på detta sätt påverkat resultaten. Resultaten kan också ha påverkats av på vilket sätt vi skribenter tolkat aktivitetsdagböckerna och anteckningarna som skrivits i dessa. Vi har dock strävat efter att vara konsekventa och tolka varje dagbok på samma sätt, men eftersom alla dagböcker var så olika till innehållet var detta svårt att uppfylla helt.

Något som också kan ha påverkat resultaten från aktivitetsdagböckerna före och efter interventionen är slumpen. Det går inte att veta ifall den information vi fick ur dagböckerna stämmer överens med verkligheten. Deltagarna kan ha råkat vara t.ex. väldigt upptagna, sjuka eller trötta under de perioder som de fyllde i aktivitetsdagböckerna. Ifall man inte haft tid att träna, syns detta i resultatet med att antalet träningar är färre. På samma sätt kan den upplevda belastningsgraden öka ifall man känner sig trött, även om träningen inte är hårdare än normalt. För att minska sannolikheten för denna sorts missvisning bad vi deltagarna fylla i fria kommentarer i aktivitetsdagboken och på så sätt förse oss med förklaringar om ting som eventuellt påverkat träningsmängd/-form/-duration eller upplevd belastning.

Intressant var att märka att ingen tränar sin muskelstyrka tillräckligt, d.v.s. minst två gånger per vecka enligt de aktuella rekommendationerna (Finska läkarföreningen Duodecim 2010). Eventuellt finns det vårdare som tänker att själva arbetet är så pass belastande för kroppen att ingen övrig muskelstärkande träning krävs eller också känner sig många trötta efter det hårt fysiskt belastande arbetet att de inte orkar ta itu med muskelträning. Det är säkert värt att diskutera ifall det är nödvändigt för en person med hårt fysiskt belastande arbete att utföra lika många träningspass för musklerna som en person med sittande arbete. Vi tror att det inte alltid är nödvändigt, utan att det varierar från person till person. Vad fallet är med den vårdpersonal vi undersökte, borde dessa vårdare absolut träna upp sin muskelstyrka ordentligt eftersom de i UKK-testerna (pretestet) i genomsnitt presterat sämre än jämnåriga personer och eftersom STÖRÖ-problem är ett allmänt förekommande problem på denna arbetsplats.

En del av resultatredovisningen från aktivitetsdagböckerna kan vara missvisande. Ett exempel på det beskrivs här; en person har varit på en golfrunda som tagit 240 minuter

och under den tiden har hon gått sammanlagt 12 360 steg, d.v.s. mer än dagsrekommendationen (10 000 steg/dag). Eftersom vår exempelperson hade följt instruktionerna om att ta av sig stegmätaren vid träningstillfällena, blev hennes resultat för antal steg för den dagen endast 1580. Så resultatet för den dagen blev att hon inte gått tillräckligt, trots att det självklart inte är fallet i verkligheten. Detta påverkar naturligtvis hennes genomsnittliga antal steg/dag eftersom vi i databearbetningen använt oss av 1580 steg för den dagen då vi räknade ut den genomsnittliga mängden steg/dag. Detta var endast ett exempel på att man inte skall tro på resultaten helt blint.

Aktivitetsdagboken som skulle fyllas i efter interventionen delades ut vid själva postteststillfället. För att få fler aktivitetsböcker analyserade vid posttestet, kunde vi ha bett alla deltagare (n=9) fylla i en aktivitetsdagbok efter interventionsperioden. Vi hade inte tänkt oss att endast fem personer skulle vara närvarande vid posttestet och därför hade vi inte på förhand informerat deltagarna om allt det praktiska angående aktivitetsdagböckernas inlämning o.s.v. Eftersom vi inte hade alla deltagarnas kontaktuppgifter, kunde vi i efterhand inte ge ut behövlig information då vi märkte att fyra vårdare var frånvarande vid posttestet. Dessutom var det en av de fem posttestade personerna som inte returnerade sin aktivitetsdagbok. Av rent praktiska skäl fick vi alltså endast fyra stycken aktivitetsdagböcker från posttestet och det finns en stor möjlighet att detta har påverkat resultaten.

8.2.3 Resultatdiskussion: UKK-terveysseula

Eftersom nästan hälften (n=4) av samplet (n=9) inte fyllde i frågeformuläret vid posttestet, blir jämförelsen av svaren vid pretestet och posttestet svår och bristfällig och därför anser skribenterna att en pålitlig jämförelse av svaren vid pre- och posttesten inte är möjlig att göra.

Vi tror att det finns några olika faktorer som kan ha påverkat resultaten från frågeformuläret. För det första kan det ha uppstått tolkningsfel eller olikheter bland både vårdpersonal och oss skribenter. Vårdarna kan ha tolkat frågorna på olika sätt och vi skribenter kan ha tolkat vissa ifyllda blanketter på ett annorlunda sätt än vad vårdaren menat. Vissa ifyllda blanketter var aningen svåra att tyda. En del vårdare hade också en

mycket begränsad tid för ifyllning av frågeformuläret och detta tror vi att också kan ha påverkat resultaten t.ex. om dessa personer inte läst igenom det som frågats tillräckligt noggrant.

Även om vi inte egentligen analyserade vårdarna som enskilda individer märkte vi vid genomgången av aktivitetsdagböckerna och frågeformulären att deltagarnas resultat från dessa två instrument ofta stämde ganska bra överens med varandra. Detta är en bra sak, eftersom vi anser att det stärker tillförlitligheten av svaren då två olika mätinstrument kommer till liknande resultat. Det enda som skiljde sig i resultaten från frågeformuläret och aktivitetsdagböckerna var att några vårdare själva ansåg styrketräning vara bland de tre vanligaste formerna av motion de idkat, men detta kunde inte bekräftas i aktivitetsdagböckerna.

8.3 Relevans för arbetslivet och förslag på fortsatt forskning

Eftersom vårt sampel var så pass litet går det inte att generalisera resultaten. Förutom samplets storlek påverkar också frivilligheten att delta generaliserbarheten. Som resultatet i UKK-terveysseula visade var alla i vårt sampel intresserade av motion. Vi vet dock inte om de som valde att inte delta möjligtvis har andra intressen. Samplet är då inte representativt för hela vårdenheten. I posttestet var bortfallet stort (n=4) och vi vet heller inte här hurdana personer som beslutat sig för att hoppa av. Kanske var det de som inte tränat under interventionsperioden. I ett sådant fall visar posttestet endast resultat av de som tränat mest, vilket ger en missvisande bild av hela gruppen.

Våra resultat bekräftar de fakta om STÖRÖ-problemen som framkom i den teoretiska bakgrunden och kan därför tillämpas i fysioterapin. Detta arbetes huvudsyfte var dock att ge en god grund för vårdenheten till ett hälsofrämjande arbete. Genom att ha fyra olika forskningsfrågor fick vi en väldigt bred bild av vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga, aktivitet och hälsotillstånd, men endast på ett ytligt plan. Det krävs alltså fortsatta studier för att få fram mer specifika resultat, så att arbetsgivaren vet vad som orsakar problem och vad man bör inrikta sig på i det hälsofrämjande arbetet. Förslag på fortsatt forskning skulle kunna vara att rikta in sig mera på djupet i någon av forskningsfrågorna eller att undersöka hur vårdpersonalen förbinder sig till gruppträning

en gång i veckan under en viss tid. Ett annat förslag skulle kunna vara att testa hurudan effekt ett träningsprogram har på den fysiska prestationsförmågan genom att ha en testgrupp och en kontrollgrupp. Detta skulle dock kräva väldigt många deltagare, vilket verkar vara svårt att få ihop på denna arbetsplats. Eftersom det i vår studie kom fram att många i vårdpersonalen lider av problem i stöd- och rörelseorganen skulle man också kunna forska kring vilka dessa är och utforma ett träningsprogram som lindrar och förebygger dessa symptom.

9 SLUTSATSER

Utgående från resultaten från vår studie påstår vi att vårdpersonalen på vårdhemmet har en relativt god hälsa, men att ständigt återkommande eller långvariga problem i stöd- och rörelseorganen är allmänt förekommande. Den fysiska prestationsförmågan för de flesta är på samma nivå eller över jämfört med jämnåriga personer med samma kön. Ca hälften av vårdarna uppnår rekommendationerna (Finska läkarföreningen 2010) för uthållighetsträning och knappt någon vårdare tränar muskelkondition överhuvudtaget. Endast få av vårdarna går tillräckligt med tanke på de aktuella rekommendationerna (Omron Walking Style II).

Med tanke på hur vårdpersonalen förbinder sig till ett icke-övervakat individuellt hemträningsprogram kan man konstatera att det inte är motiverande för personalen. De flesta av deltagarna hade använt sig av andra träningsformer, som t.ex. promenader, istället för det utgivna hemträningsprogrammet.

Ett hälsofrämjande arbete kan minska de hälsorelaterade risker som vårdyrket för med sig och vi anser att alla parter; samhälle, arbetsgivare och arbetstagare, drar nytta av friskvården. Även om insatserna som görs för friskvården kan verka kostsamma för t.ex. arbetsgivaren, blir det på lång sikt lönsamt.

KÄLLOR

- Airaksinen, O, Hildebrant, J, Mannion AF, Ursin H, Brox, JI, Klüber- Moffett, J, Reis, S, Zanoli, G, Cedraschi, C, Kovacs, F, Staal, JB. 2004, *European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain*, 207 s.
- Berg, Kristian & Beijer, Erik. 2007, *Rörelseapparatens anatomi – en muskel- och triggerpunktsguide*, 2 uppl., Stockholm: In Corpore Veritas Est Förlag, 239 s.
- Bäckmand, Heli ja Vuori, Ilkka. 2010, THL, *Terve tuki- ja liikuntaelimistö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon*, Opas 11, 149 s.
- DePoy, Elizabeth & Gitlin, Laura N. 1999, *Forskning- en introduktion*, Studentlitteratur AB, 373 s.
- Ekblom-Bak, Elin, Engström, Lars-Magnus, Ekblom, Örjan, Ekblom, Björn. 2011, *Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och levnadsvanor blandsvenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år*, 120 s.
- Europeiska arbetsmiljöbyrån. 2008, E-fact 28, *Patienthanteringstekniker för att förebygga MSD inom sjukvården*, 12 s.
- Finlex. 2002, Arbetarskyddslagen, publicerad 23.8.2002. Tillgänglig:
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> Hämtad 22.10.2012
- Finska läkarföreningen Duodecim. 2010, *Liikunta on lääke (Aikuisten liikunta-suositus)*, 4 s.
- Finska läkarföreningen Duodecim, 2012. Toimintakyvyn arviointi, publicerad:
17.2.2006. Tillgänglig:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix00522> Hämtad 25.9.2012.

Folkhälsan -Vår organisation. 2012, Tillgänglig:

<http://www.folkhalsan.fi/sv/startside/Om-oss/Folkhalsans-organisation/For-upphandlare/Folkhalsan-Syd/> Hämtad 7.8.2012.

Folkhälsan -Vår uppgift. 2012, Tillgänglig: <http://www.folkhalsan.fi/startside/Om-oss/Folkhalsans-uppgift/> Hämtad 7.8.2012.

Folkhälsan -Seniorhemmet. 2012, Tillgänglig:

<http://www.folkhalsan.fi/sv/startside/Data/Regioner/Nyland/Helsingfors/Aktivitet/Aldre---serviceboende/Serviceboende-och-demensboende-pa-Seniorhemmet/> Hämtad 23.11.2012.

Friberg, Patric. 2006, *Vardagsmotion bättre än träning*, publicerad 25.5.2006

Tillgänglig: <http://www.motionsguiden.se/Article.aspx?ArticleID=54> Hämtad 9.8.2012.

Hallén, Jostein & Ronglan, Lars Tore. 2011, *Träningslära för idrotterna*, 1 uppl., Stockholm: SISU Idrottsböcker, 368 s.

Jacobsen, Dag. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 1:5 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 316 s.

Josephson, M. et al. 2008, *Employment and Sickness Absence. The same factors influence job turnover and long spells of sick leave – a 3 year follow-up of Swedish nurses. European Journal of Public Health*, 6 s.

Katch, Victor L., McArdle, William D., Katch, Frank I. 2011, *Essentials of Exercise Physiology*, Uppl. 4, Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 699 s.

Kellett, M. Karin, Kellett, A. David, Nordholm, A. Lena. 1991, Journal of the American Physical Therapy Association, *Effects of an Exercise Program on sick leave due to back pain*, s. 30-40.

Keskinen, Kari, Häkkinen, Keijo, Kallinen, Mauri. 2004, Liikunta tieteellinen seura, *Kuntotestauksen käsikirja*, Tammerfors:Tammer Paino. 304 s.

Landstinget Kronoberg. 2004, Spänn av, publicerad: Juni 2004 Tillgänglig: http://www.ltkronoberg.se/upload/Bilder/Halsa_o_varld/Det_goda_livet/pdfer/sp%C3%A4nn%20av-05.pdf Hämtad 18.10.2012.

Lindeskog, Pia. 2012, Statens hälsoinstitut; Fysisk aktivitet, publicerad 5.10.2012. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/> Hämtad 5.11.2012.

Medical Research Council, Physical Activity Assessment-Diary or log. Tillgänglig: <http://toolkit.s24.net/physical-activity-assessment/methods/diary-or-log/index.html>, Hämtad 17.10.2011.

Mustalampi-Mikkonen, Sirpa. 2000, *Kevyen harjoittelun vaikuttavuustutkimuksen mittausmenetelmien luotettavuus*, 102 s.

Neppenström, Christian. 2009, *Kroppen i rörelse – Aktiv hela livet*. 1 uppl., Stockholm: Reader's Digest AB, 351 s.

Nuotio, Marja-Liisa & Penttilä, Ulla-Riitta. 2008, Finlands Hjärtförbund, *Hjärtpatienten och socialskyddet*, 37 s.

Ohlin, Gert. 2012, Optimera din arbetsbelastning, publicerad 15.2.2012. Tillgänglig: <http://www.publikt.se/artikel/optimera-din-arbetsbelastning-43503> Hämtad 9.8.2012.

Omron Walking Style II, Step Counter, Bruksanvisningar

Physiotools. Tillgänglig:

<http://www.physiotools.com/DetailsTemplate.aspx?PageId=Home>, Hämtad 17.9.2012.

Rahm Hallberg, Ingalill. 2011, Vårdalinstitutet, Institutet för vård- och Omsorgsvetenskap, *Vårda vårdarna-Vårdkvalitet och arbetsmiljö hänger samman, 15 s.*

Rasmussen Barr, Eva. 2010, Träning av den bålstabiliserande muskulaturen vid ländryggssmärta. I: Birgit, Rösblad, red. *Fysioterapi nr 3*, forskning pågår, s. 38-47.

Rissanen, Anna-Liisa. 2007, Arbetarskyddsanvisningar och guider 23, *Manuell hantering i arbetet*, Tammerfors: Kirjapaino Hermes, 16 s.

Sahi, Timo, Castrén, Maaret, Helistö, Neta, Kämäräinen, Leena. 2007, Skador på rörelseorganen, publicerad: 13.6.2007. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=fhs00008 Hämtad 10.0.2012.

Saliba Susan A., Croy, Ted, Guthrie, Rebecca, Grooms, Dustin, Weltman, Arthur, Grind-staff, Terry L. 2010, *Differences in Transverse Abdominis Activation with Stable and Unstable Bridging Exercises in Individuals with Low Back Pain*, NAJSPT North American Journal of Sports Physical Therapy, s. 63-73.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2001. *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*, 36 s.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2011, Folkhälsoarbete för bättre hälsa, publicerad: 29.9.2011. Tillgänglig: <http://www.stm.fi/sv/valfard/halsoframjande> Hämtad: 25.9.2012.

Suni, Jaana & Taulaniemi Annika. 2012, *Terveyskunnan testaus- menetelmä terveyslääkunnan edistämiseen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 325 s.

- Svenska Läkaresällskapet. 2011, Rekommendationer för fysisk aktivitet för vuxna, publicerad 24.10.2011. Tillgänglig: <http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2012/03/SLS-Rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-f%C3%B6r-vuxna-2011.pdf> Hämtad 9.8.2012.
- Svenska akademins ordbok, 2012, Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> Hämtad 7.8.2012.
- Theodin Jakobsson, Britta. 2004, Svensk idrottsforskning, *Hälsa – vad är det i ämnet idrott och hälsa*, nr 4, 75 s.
- UKK-instituutti, Terveyskuntotestit, 2005. *UKK- terveyskuntotestit keski- ikäisille. Testaajan opas.*
- UKK-terveysseula käyttöohje. *UKK-terveysseula-liikkumisen turvallisuudensopivuuden arviontikysely*. 2 s
- Uppdragsgivaren. 2012, [muntl.]. E-post
- Waddel, G & Burton, A. K. 2000, *Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review*, s. 124-135.
- Winroth, Jan & Rydqvist, Lars-Göran. 2008, *Hälsa & Hälsopromotion*, Stockholm: SISU Idrottsböcker, Idrottens Hus, 288 s.
- World Health Organization, *Frequently asked questions*. 2012, Tillgänglig: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> Hämtad 9.8.2012.

BILAGOR

För att garantera anonymitet har vi i bilagorna ändrat de ursprungliga versionerna så att namnet på vårdenheten ersatts med ”vårdenhet” eller ”arbetsgivare”.

Bilaga 1: Informationsbrev

Information om en experimentell studie för att kartlägga vårdpersonalens fysiska prestationsförmåga och upplevda arbetsbelastning.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola ordnar tillsammans med er arbetsgivare en studie under hösten 2012. Syftet är att kartlägga vårdpersonalens hälsotillstånd, fysiska prestationsförmåga och upplevda arbetsbelastning. Planen är även att undersöka vilka förändringar som sker i den upplevda arbetsbelastningen efter ett icke- övervakat 10 veckors hemträningsprogram. Syftet med denna studie är också att lägga en grund för fortsatt hälsofrämjande arbete på vårdenheten. Studien blir de undertecknade fysioterapistuderandes examensarbete.

Arbetsrelaterade muskuloskeletala sjukdomar (MSD) är mycket allmänna bland vårdpersonal. De mest förekommande är ryggsador och överansträngning i axlar, vilka kan ha en funktionsnedsättande effekt i arbetslivet. Det är viktigt att hitta de underliggande faktorerna till dessa problem för att kunna förebygga skadorna och utveckla lämpliga metoder för rehabilitering.

Detta är ett beställningsarbete från vårdenheten och därför ombeds hela vårdpersonalen att fungera som testgrupp. Dock är ditt deltagande i undersökningen helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Du som tillfrågas förväntas vara delaktig i två testtillfällen samt ett interventionstillfälle. Först förväntas deltagarna fylla i en aktivitetsdagbok och använda en stegmätare i en veckas tid. Dessa kommer att ge oss information om din fysiska aktivitet före interventionen. Vi kommer också att be deltagarna fylla i en hälsoblankett som kartlägger den upplevda arbetsbelastningen och det allmänna hälsotillståndet.

Vi kommer att ordna ett informationstillfälle i början av augusti där vi mera ingående berättar om studien. Vi hoppas att så många som möjligt kan delta. Första teststillfället äger rum i mitten av augusti 2012, då vi genom olika fysiska tester kartlägger din fysiska prestationsförmåga. Utgående från resultaten och bakgrundsinformationen vi fått kommer vi att lägga upp ett individuellt hemträningsprogram som du förväntas fullfölja i 10 veckor. Under denna tid förväntas du också fylla i en aktivitetsdagbok. På så sätt får vi en åskådligare uppfattning om du har följt hemträningsprogrammet och om övrig träning kan ha påverkat resultatet. I slutet av oktober sker slutbedömningen då samma test utförs på nytt och samma hälsoblankett ifylls för att bedöma eventuella förändringar i din fysiska prestationsförmåga och upplevda arbetsbelastning. Därefter sammanställer och analyserar vi resultaten av studien.

Den kliniska studien utförs 2012 på arbetstid. Testerna instrueras muntligt och instruktionerna kan upprepas vid behov. Testerna innebär inget obehag och inga risker. Som bilaga sänder vi ett samtyckesbrev. Vänligen ta med det undertecknade samtyckesbrevet till det första teststillfället.

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. Alla deltagare kommer att få ta del av den färdiga studien och presentationen av den.

För att göra projektet smidigare har vi tagit hjälp av två övriga studenter som kommer att vara med vid båda teststillfällena samt vid planering och instruering av hemträningsprogrammen. All information och alla resultat kommer att behandlas konfidentiellt. Varje deltagares uppgifter kommer att kodas så att analys och resultatredovisning sker anonymt. Allt känsligt material förvaras oåtkomligt från utomstående personer. De enda personer som har tillgång till uppgifterna är de undertecknade och de studenter som hjälper till.

Undersökningen är forskningsetiskt granskad av Etiska rådets arbetsutskott, ETIX, vid Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola.

Tack för er hjälp!

Vi ser fram emot att samarbeta med dig!

Med vänliga hälsningar

Sara & Maj

Ytterligare information fås av nedanstående ansvariga.

Studerande	Studerande	Handledare
Sara Back	Maj Ehrström	JoachimRing
050-3131685	040-5447283	040-5127490

sara.back@arcada.fi maj.ehrstrom@arcada.fi joachim.ring@arcada.fi

Ort:

Datum:

Bilaga 2: Informerat samtycke

Härmed intygar jag att jag har fått muntlig information av ansvariga för studien gällande projektets syfte och innehåll, samt bekantat mig med det skriftliga informationsbrevet.

Jag ger mitt samtycke till att delta i studien som utförs i samarbete av Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola och vårdenheten under året 2012 samt ger mitt tillstånd att det material som samlas under projektet kan användas i den omfattning som är nödvändig i forskningssyfte.

Jag äger rätten att ta tillbaka mitt samtycke och avbryta min medverkan utan att det har några negativa konsekvenser för mig personligen.

Jag ger inte mitt samtycke till att deltagande i den ovannämnda studien och projektet och mina uppgifter får inte användas i forskningssyfte.

Ort och datum

Underteckning

Namnförtydligande

Bilaga 3: Aktivitetsdagbok

Vecka: _____

NAMN:

Dag	Aktivitet	Tid i min	Kommentar	Antal steg	Värde på borgskala
Exempel:					
Måndag					
Tisdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
Lördag					
Söndag					
Summa (min)					

Bilaga 4: Information om aktivitetsdagbok och stegmätare

I en veckas tid skall alla deltagare fylla i varsin aktivitetsdagbok. Viktigt är att du rör på dig lika mycket som du vanligtvis brukar för att resultaten skall bli så verklighetsenliga som möjligt. Du skall alltså inte anstränga dig mera/mindre än vanligt bara för att du antecknar träningstillfällena. Skriv in varje gång du utför aktiv motion men räkna inte in vardagsmotionen, som t.ex att gå i trappor, städa osv.

I aktivitetsdagboken noterar du vilken träningsform du utfört under rubriken "Aktivitet". Det kan t.ex vara cykling, promenad, simning, jogging, styrketräning mm. I följande kolumn "tid i min" antecknar du hur länge din träning varade och om du har några kommentarer på utförandet kan du skriva det i kolumnen för "kommentarer". Du kan t.ex berätta noggrannare vad du gjort, hur det kändes eller om det uppstod komplikationer under träningen. Längst till höger i tabellen har vi lagt till en kolumn som vi kallar "värde på borgskalan". Borgs skala är en ordinal skala som bestämmer upplevelsen av ansträngning. Skalan sträcker sig från 6 till 20, där 6 = ingen ansträngning 15= ansträngande (lätt andfåddhet, men klarar av att tala samtidigt) och 20 = maximal ansträngning. Fyll i rutan vilket värde som passade bäst på din prestation. För att göra det mera överskådligt och underlätta din bedömning av prestationen har vi bifogat Borgsskalan som bilaga.

För att vi skall kunna bedömma din fysiska aktivitet i vardagen ska du också få en stegmätare som du kommer att bära under denna vecka. Stegmätaren läggs i fickan eller runt halsen genast på morgonen och ska sitta på under hela dagen förutom när du utför aktiv motion. Med aktiv motion menas att promenader, jogging, cykling och andra aktiva former av motion inte ska mätas med stegräknaren. Detta eftersom vi vill få fram enbart din vardagsaktivitet med stegräknaren. Du ska anteckna hur många steg du går varje dag och nollställa räknaren till följande dag.

Vänligen läs igenom bruksanvisningen för stegmätaren innan du tar den i bruk.

Bilaga 5: Borgskalan – skala för upplevelse av ansträngning

6 – Icke ansträngande

7 – Extremt lätt

8

9 – Mycket lätt

10

11 – Lätt

12

13 – Ganska ansträngande

14

15 – Ansträngande

16

17 – Mycket ansträngande

18

19 – Extremt ansträngande

20 – Maximalt ansträngande

Bilaga 6: UKK- terveysesula

Liikkumisen turvallisuuden ja sopivuuden arviointikysely

(fritt översatt till svenska av Sara Back och Maj Ehrström)

Ringa in det rätta alternativet och fyll i information vid raderna avsedda för svar.

FYSISK AKTIVITET

1. Mitt arbets fysiska belastning är

lätt	1
medelmåttligt	2
tungt	3
jag arbetar inte	4

2. Till vilken av följande fritids motionsgrupper hör du?

Tänk på de **senaste 3 månaderna** och ta i beaktande all fysisk belastning som varat i **minst 20 min per gång**. Ringa in det rätta alternativet/de rätta alternativen.

- 1 Knappt någon motion alls i veckan
- 2 Lugn motion en eller flera gånger per vecka. Hur många gånger? _____
- 3 Rask motion, hur många gånger (kryssa i)
 - ca 1 gång/ vecka
 - 2 gånger/ vecka
 - 3 gånger/ vecka
 - åtminstone 4 gånger/ vecka

Motionen är rask då den orsakar åtminstone litet svett och kraftigare andning.

3. Vilka har varit de vanligaste formerna av motion eller fysisk aktivitet du idkat under den senaste tiden?

Den vanligaste formen:

Den näst vanligaste formen:

Den tredje vanligaste formen:

4. Har mängden på din fritidsmotion förändrats under de senaste 3 månaderna i jämförelse med vad den varit tidigare?

- 1 mängden har ökat
- 2 inga märkvärdiga skillnader i mängden
- 3 mängden har minskat

5. Hurudana förutsättningar (tid, pengar, faciliteter, instruktion) samt intresse har du i din nuvarande livssituation för att idka motion?

- 1 goda förutsättningar
- 2 medelmåttliga förutsättningar
- 3 dåliga förutsättningar

6. Hur intresserad är du att motionera?

- 1 mycket intresserad
- 2 aningen intresserad
- 3 inget intresse

HÄLSOTILLSTÅND

7. Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd?

- 1 mycket dåligt
- 2 dåligt
- 3 medelmåttligt
- 4 gott
- 5 mycket gott

8. Hur bedömer du din fysiska kondition i jämförelse med andra i din ålder?

- 1 betydligt sämre
- 2 aningen sämre
- 3 lika bra
- 4 aningen bättre
- 5 betydligt bättre

Besvara de följande frågorna med att ringa in antingen Ja eller Nej.

9. Har du av läkare diagnostiserad hjärt-, kärl- eller andningsorgans sjukdom?.....

Ja Nej

Vilken _____

- 10. Förekommer det hos dig bröstsmärtor eller andnöd vid?**
 vila..... Ja Nej
 ansträngning..... Ja Nej
- 11. Lider du av blodtryckssjukdom eller har du av läkare diagnostiserad högt blodtryck?.....** Ja Nej
- 12. Har du rökt regelbundet under de senaste 6 månaderna?.....**Ja Nej
- 13. Har du ofta eller lider du av svindel?.....**Ja Nej
- 14. Har du av läkare diagnostiserad inflammatorisk ledsjukdom?.....**Ja Nej
- 15. Lider du av ryggproblem eller andra långvariga eller ständigt återkommande besvär i stöd- och rörelseorganen?.....**Ja Nej
- 16. Har du någon annan hälsorelaterad orsak (som inte nämnts ovan) till varför du inte borde ta del i motion, även om du själv ville?.....**Ja Nej
 Vilken _____
- 17. Använder du några mediciner för tillfället.....**Ja Nej
 Ifall du svarade ja, dvs. du har en regelbunden medicinering (antingen en som läkaren skrivit ut, eller en som du själv påbörjat), lista upp **medicinernas namn, dosering och användningssyfte.**

- 18. Har du under de senaste 2 veckorna haft någon inflammationssjukdom? (influensa, feber).....**Ja Nej
 Vilken _____
- 19. Har du under det senaste dygnet konsumerat mycket alkohol (mera än två restaurang-portioner)?.....** Ja Nej

Den sakkunniges bedömning av fortsatta åtgärder

- Du har inga hälsorelaterade hinder för fysisk belastning.
- Jag rekommenderar _____ rådgivning.
- Ett besök hos läkaren bör ske innan du skall påbörja/öka din fysiska belastning.