



Motionsrådgivning för personer med kranskärslsjukdom

En deskriptiv statistisk analys av Hjärtförbundets motionsrådgivningsenkät för hälsovårdspersonalen i Vanda

Jessica Åström

Ira Malmberg

Examensarbete

Fysioterapi

2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	5320, 5321
Författare:	Jessica Åström & Ira Malmberg
Arbetets namn:	Motionsrådgivning för personer med kranskärlssjukdom - en deskriptiv statistisk analys av Hjärtförbundets motionsrådgivningsenkät för hälsovårdspersonalen i Vanda
Handledare (Arcada):	Göta Kukkonen & Joachim Ring
Uppdragsgivare:	Vanda stads hälsovårdssektor
<p>Sammandrag:</p> <p>Examensarbetet är ett beställningsarbete från Vanda stads hälsovårdssektor som i samarbete med Finlands Hjärtförbund strävar efter att utveckla motionsrådgivningen för personer med kranskärlssjukdomar. För tillfället saknas det klara direktiv för motionsrådgivningen i Vanda. Tillsammans har Vanda stad och Finlands Hjärtförbund konstruerat en enkät riktad till hälsovårdspersonalen gällande motionsrådgivning för kranskärlspatienter. Vår uppgift är att göra en deskriptiv statistisk analys av svaren på den enkäten. Enkäten har utdelats till hälsovårdspersonalen på Mårtensdal hälsovårdscentral samt till fysioterapeuterna på Dickursby, Björkby och Myrbacka hälsovårdscentraler. Syftet med detta examensarbete är att kartlägga vad hälsovårdspersonalen alltid diskuterar om med kranskärlspatienter angående motion, hurdana begränsningar hälsovårdspersonalen upplever angående motionsrådgivning riktad till personer med kranskärlssjukdomar samt i vilken mån hälsovårdspersonalen anser att motionsrådgivningen borde utvecklas. Enkäten är en del av Liikuntapolku-projektet.</p> <p>Vår valda datainsamlingsmetod bygger på en färdigt besvarad enkät. Vid databearbetningen har vi använt oss av statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Vi har valt att avgränsa arbetet genom att endast kartlägga frågorna 2, 4 och 5 i enkäten, vilka även fungerar som våra frågeställningar.</p> <p>Resultaten presenteras både i text och i form av figurer. Svaren anges i procenttal där endast de som svarat på enkäten är medräknade. Resultaten analyseras utgående från tidigare forskning. Skillnader mellan yrkesgrupperna framkommer inte vilket är en av nackdelarna med resultaten. Resultaten visar att det vore önskvärt med en utveckling av motionsrådgivningen riktad till kranskärlspatienter i Vanda samt att upplevda begränsningar angående motionsrådgivning förekommer bland hälsovårdspersonalen.</p>	
Nyckelord:	Vanda stad, Finlands Hjärtförbund, motionsrådgivning, kranskärlssjukdom
Sidantal:	57
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	5320, 5321
Author:	Jessica Åström & Ira Malmberg
Title:	Physical activity counselling for patients with coronary artery disease – a descriptive statistical analysis for the health care professionals in Vantaa
Supervisor (Arcada):	Göta Kukkonen & Joachim Ring
Commissioned by:	The health care section in Vantaa
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is made as a commission work for the health care section in Vantaa as a collaboration between Vantaa and Suomen Sydänliitto. The purpose is to develop the physical activity counselling for patients with coronary artery disease. Currently there are no clear directions for physical activity counselling in Vantaa. Together Vantaa and Suomen Sydänliitto have constructed a questionnaire aimed for the healthcare professionals regarding physical activity counselling for patients with coronary artery disease. Our purpose is to make a descriptive statistical analysis based on the results from the questionnaire. The questionnaire has been handed out to the health care professionals at Martinkaakso healthcare center and to the physiotherapists at the health care centers in Tikkurila, Koivukylä and Myyrmäki. In this thesis we will evaluate what the healthcare professionals always discuss with patients that have coronary artery disease, which factors that limit the physical activity counselling according to the healthcare professionals and to what extent the system for physical activity counselling in Vanda should be developed. The questionnaire is a part of the Liikuntapolku project.</p> <p>Our chosen method for collecting data is based on the results of an already completed questionnaire. To process data we chose to use the Statistical Package for the Social Sciences program (SPSS). We have chosen to focus only on mapping the results of questions 2, 4 and 5 from the questionnaire. These also work as our research questions. The results will be presented both as written text and numbers. When mapping the results we will use the percentage for only those who have completed the whole questionnaire. The results will be analyzed based on earlier research. The difference between healthcare professionals will not become apparent, which is one of the drawbacks of the results. Based on the results the physical activity counselling for patients with coronary artery disease in Vantaa should be developed. The results also show that limits according to physical activity counselling are present among the healthcare professional.</p>	
Keywords:	Vantaan kaupunki, Suomen Sydänliitto, physical activity counselling, coronary artery disease
Number of pages:	57
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	5320, 5321
Tekijä:	Jessica Åström, Ira Malmberg
Työn nimi:	Sepelvaltimopotilaiden liikuntaohjaus – tilastollinen analyysi Sydänliiton liikuntaohjauskyselystä terveyskeskuksien henkilökunnalle Vantaalla
Työn ohjaaja (Arcada):	Göta Kukkonen & Joachim Ring
Toimeksiantaja:	Vantaan kaupungin terveysyksikkö
<p>Tiivistelmä: Vantaan kaupungin terveysyksikkö toimii opinnäytetyömme toimeksiantajana. Yhdessä Suomen Sydänliiton kanssa Vantaan kaupunki haluaa kehittää sepelvaltimopotilaiden liikuntaohjausta. Tällä hetkellä sepelvaltimopotilaiden liikuntaohjauksen käytännöt ovat epäselviä Vantaalla. Yhdessä Vantaan kaupunki ja Suomen Sydänliitto ovat tehneet terveyskeskuksien henkilökunnalle suunnatun kyselyn liikuntaohjauksesta. Tehtävämme on tehdä tilastollinen analyysi saaduista vastauksista. Kysely on jaettu henkilökunnalle Martinlaakson terveyskeskuksessa sekä fysioterapeuteille Tikkurilan, Koivukylän ja Myyrmäen terveyskeskuksissa. Työn tavoitteena on kartoittaa, mistä asioista terveyskeskuksien henkilökunta aina keskustelelee sepelvaltimopotilaiden kanssa, mitkä asiat rajoittavat henkilökunnan liikuntaohjausta sekä missä määrin liikuntaohjausta tulisi kehittää henkilökunnan mukaan. Kysely on osa Liikuntapolku-hanketta.</p> <p>Valitsemamme tiedonkeräysmenetelmä koostuu valmiiksi täytetystä kyselystä. Tiedonkäsittelyssä olemme käyttäneet tilasto-ohjelmaa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Olemme rajanneet työn kartoittamalla ainoastaan kysymykset 2, 4 ja 5 kyselystä. Nämä toimivat myös meidän tutkimuskysymyksinä.</p> <p>Tulokset esitetään sekä tekstimuodossa että kaaviokuvina. Tulokset esitetään prosenttilukuina, joissa ainoastaan kyselyyn vastaavien prosenttimäärä on mukaan laskettuna. Tulokset analysoidaan aikaisempien tutkimuksien pohjalta. Työryhmien erot eivät ilmene, mikä on yksi tuloksien puutteista. Tulokset osoittavat, että kehitys sepelvaltimopotilaiden liikuntaohjauksessa on toivottua ja että terveyskeskuksien henkilökunta kokee rajoituksia liikuntaohjauksessaan.</p>	
Avainsanat:	Vantaan kaupunki, Suomen Sydänliitto, liikuntaohjaus, sepelvaltimotauti
Sivumäärä:	57
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	9
2	PROBLEMFÖRMULERING	10
2.1	Syfte.....	10
2.2	Frågeställningar	10
3	TEORETISK BAKGRUND	11
3.1	Kranskärslssjukdom	11
3.2	Motionsrekommendationer vid kranskärslssjukdom.....	12
3.2.1	<i>Motion under tillfriskningsperioden (2-4 veckor efter det eventuella ingreppet) ..</i>	<i>13</i>
3.2.2	<i>Motion under upprätthållandeskedet (>4 veckor efter det eventuella ingreppet)</i>	<i>14</i>
3.3	Examensarbetets kontext.....	15
3.3.1	<i>Motionsrådgivningen i Finland</i>	<i>15</i>
3.3.2	<i>Vanda stad</i>	<i>16</i>
3.3.3	<i>Finlands Hjärtförbund</i>	<i>17</i>
3.3.4	<i>Motionsrådgivningsprojektet Liikuntapolku</i>	<i>17</i>
3.4	Tidigare forskning	18
3.4.1	<i>Allmänna råd om motionsrådgivning</i>	<i>18</i>
3.4.2	<i>Specifika råd för hjärt- och kärlpatienters motionsrådgivning</i>	<i>20</i>
3.4.3	<i>Upplevda begränsningar inom motionsrådgivningen</i>	<i>21</i>
4	METOD	24
4.1	Material – Motionsrådgivningsenkäten	25
4.2	Enkätens utformning	26
4.3	Databearbetning	27
4.4	Presentation av data	28
4.5	Validitet och reliabilitet	28
4.6	Etiska överväganden	29
5	RESULTAT	30
5.1	Resultatredovisning av fråga 1	31
5.2	Resultatredovisning av fråga 2	37
5.3	Resultatredovisning av fråga 3.....	42
6	DISKUSSION	43
6.1	Material- och metoddiskussion	43
6.2	Resultatdiskussion.....	46
6.2.1	<i>Vad tar hälsovårdspersonalen upp med kranskärlspatienter angående motion</i> .	<i>46</i>
6.2.2	<i>Upplevda begränsningar angående motionsrådgivning</i>	<i>48</i>

6.2.3	<i>I vilken mån borde motionsrådgivningen utvecklas?</i>	49
7	FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	49
8	SLUTSATSER	50
Källor	51
Bilagor	55

Figurer

Figur 1. Borgskala (Källa: Blomqvist 2015)	14
Figur 2. Procentuell uppdelning av de som utför/ inte utför motionsrådgivning.	32
Figur 3. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 1.	33
Figur 4. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 2.	34
Figur 5. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 3.	35
Figur 6. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 4.	36
Figur 7. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 5.	37
Figur 8. Procentuell uppdelning av de som utför/ inte utför motionsrådgivning.	38
Figur 9. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram upplevda begränsningarna ur en kunskapsbaserad synvinkel.	39
Figur 10. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram begränsningar som beror på patientens inställning till motion.	40
Figur 11. Procentuell uppdelning av svaren på frågan: "Det saknas bevis på motionsrådgivningens effektivitet".....	40
Figur 12. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram begränsningarna som går att koppla till arbetsplatsen.....	41
Figur 13. Procentuell uppdelning av svaren på frågan: "I vilken mån borde motionsrådgivningen utvecklas i Vanda".....	43

FÖRORD

Vi vill rikta ett stort tack till Vanda stad som fungerat som vår beställare och som gjort det möjligt för oss att förverkliga detta arbete. Ett stort tack även till Göta Kukkonen och Joacim Ring som fungerat som våra handledare och som gett oss många värdefulla råd under arbetets gång. Slutligen ett stort tack till vänner och familj som stöttat och hjälpt oss under denna process.

Vi hoppas att detta examensarbete kan vara till nytta vid utvecklandet av motionsrådgivningen i Vanda.

1.12.2015 Helsingfors

Ira Malmberg & Jessica Åström

1 INLEDNING

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från Vanda stads hälsovårdssektor som i samarbete med Finlands Hjärtförbund strävar efter att förbättra motionsrådgivningen riktad till personer med kranskärslsjukdomar i Vanda. Syftet med samarbetet är att förbättra och effektivera vårdprocessen för kranskärslpatienter i Vanda och minimera mängden patienter som blir utan motionsrådgivning. I en artikel av Hautala et al. (2011) framkommer att endast 10-30% av kranskärslpatienter söker sig till fortsatt rehabilitering efter sjukhusskedet, vilket är oroväckande få.

I Vanda stad vill man utveckla motionsrådgivningen som ges till kranskärslpatienter, så att alla skall ha tillgång till samma råd beträffande motion oberoende om de besökt en sjukskötare, hälsovårdare, läkare, fysioterapeut eller annan vårdpersonal. Enligt Hautala et al. ansvarar flera yrkesgrupper för kranskärslpatienters rehabilitering under tillfriskningsprocessen.

I vårt arbete kommer vi att statistiskt analysera en motionsrådgivningsenkät som utformats av Finlands Hjärtförbund och har getts ut till hela hälsovårdspersonalen på Mårtensdal hälsovårdscentral samt till fysioterapeuterna på Dickursby, Björkby och Myrbacka hälsovårdscentraler. Med hjälp av enkäten vill man ta reda på hur motionsrådgivningen, riktad till personer med kranskärslsjukdom, fungerar bland de olika yrkesgrupperna på de utvalda hälsovårdscentralerna. Enkäten som skickats ut är en del av Liikuntapolku-projektet i Vanda stad. Vårt examensarbete ger en överblick över hur motionsrådgivningen förverkligas i Vanda för tillfället.

Vi valde att delta i detta projekt eftersom ämnesområdet är relevant i och med att det gäller en av de vanligaste folksjukdomarna i vårt land (Thl (Institutet för hälsa och välfärd) 2014a). Enligt Kettunen (2014) dör årligen ca. 10 000 personer till följd av kranskärslsjukdom. Motionsrådgivning är en ytterst viktig del inom rehabiliteringen för kranskärslpatienter eftersom motion är ett effektivt sätt att förhindra sjukdomens framfart (Corra et al. 2010; Kutinlahti & Pellikka 2014) Den motionsrådgivning hälsovårdspersonalen ger är också viktig för att patienters återhämtning efter sjukdomen skall förlöpa så bra som möjligt (Sydän 2015).

2 PROBLEMFORMULERING

En utveckling av motionsrådgivningen är viktig eftersom det för tillfället inte finns någon klar modell för motionsrådgivningen riktad till personer med kranskärlssjukdomar i Vanda. I och med detta har Vanda stad valt att i samarbete med Finlands Hjärtförbund ge ut en enkät som berör ämnet. Enkäten består av fem frågor som ur olika synvinklar behandlar ämnet motionsrådgivning för kranskärlspatienter och är riktad till hälsovårdspersonalen. Genom att delta i undersökningen har deltagarna en möjlighet att påverka hur motionsrådgivningen kommer att utvecklas i Vanda.

2.1 Syfte

I detta examensarbete kommer vi att göra en deskriptiv statistisk analys av motionsrådgivningsenkäten som utformats av Finlands Hjärtförbund och getts ut till hälsovårdspersonal i Vanda. Syftet med detta examensarbete är att kartlägga hur läkarna, hälsovårdarna, sjukskötarna, idrottsinstruktörerna samt annan hälsovårdspersonal på Mårtensdals hälsovårdscentral och fysioterapeuterna på Dickursby, Björkby och Myrbacka hälsovårdscentraler förverkligar motionsrådgivningen för kranskärlspatienter. Vi kommer även att utreda vad som begränsar hälsovårdspersonalens motionsrådgivning samt kartlägga i vilken mån motionsrådgivningen borde utvecklas enligt dem som svarat på enkäten.

2.2 Frågeställningar

1. Vad diskuterar hälsovårdspersonalen alltid om med kranskärlspatienter angående motion, utifrån de alternativ som finns i enkäten?
2. Vad anser hälsovårdspersonalen att begränsar deras motionsrådgivning för personer med kranskärlssjukdom?
3. I vilken mån borde motionsrådgivningen utvecklas enligt dem som svarat på enkäten?

Jessica kommer att kartlägga svaren på den första frågan och Ira svaren på den andra frågan. Den tredje frågan har vi valt att kartlägga tillsammans. Övriga delar av arbetet kommer vi både att fördela sinsemellan oss och skriva tillsammans.

3 TEORETISK BAKGRUND

I detta kapitel kommer vi att kort presentera kranskärslssjukdomar, motionsrekommendationer, examensarbetets kontext, tidigare forskningar och artiklar om motionsrådgivning samt vanligen upplevda begränsningar inom motionsrådgivning. Enkäten som vi kommer att analysera berör motionsrådgivning riktad endast till kranskärlspatienter. Därför kommer vi att koncentrera oss på kranskärslssjukdomar och inte på hjärt- och kärlsjukdomar överlag.

3.1 Kranskärslssjukdom

Bland folksjukdomarna i Finland hör hjärt- och kärlsjukdomar till de allra vanligaste och trots att dödligheten har minskat betydligt sedan 1970-talet så utgör de fortfarande den största dödsorsaken i vårt land (Thl 2014b). Thl (2014d) delar in de vanligaste formerna av hjärt- och kärlsjukdomar i kranskärslssjukdom, hjärtsvikt och cirkulationsstörningar i hjärnan.

Med kranskärslssjukdom menas ateroskleros i kranskärlen som kan leda till nekros av hjärtmuskeln, hjärtinfarkt och angina pectoris. Enligt Kettunen (2014) dör årligen ca. 10 000 personer i kranskärslssjukdomar vilket medför att denna sjuksgrupp utgör en enorm belastning för hälsovården. Kranskärslssjukdomar klassas ofta som ”livsstilssjukdomar” och går ganska långt att undvika genom att leva ett sunt och hälsosamt liv, där fokus ligger på att motionera regelbundet, äta hälsosamt samt undvika rökning och övervikt. Risken för att insjukna ökar med åldern och sjukdomen är något vanligare bland män än bland kvinnor. (Kettunen)

Kranskärl är blodkärl som endast finns på hjärtat och har till uppgift att förse hjärtat med syrerikt blod som behövs för att hjärtat skall kunna fungera optimalt. (Kettunen 2014) Om ett kranskärl täpps till förhindras syretillförseln till den del av hjärtat som

kranskärlet försers med syre och då upphör denna del att fungera. Detta kallas nekros. Den vanligaste orsaken till en försämrad kranskärlscirkulation är ateroskleros, det vill säga förkalkningar längs artärernas väggar. Förkalkningarna bildas främst på grund av material ur blodets förhöjda kolesterol som klumpas samman och bildar plack längs artärernas väggar, vilket försämrar och i vissa fall blockerar blodflödet helt. Förkalkningarna som uppstår beror på dåliga levnadsvanor, till exempel rökning, mängden och kvaliteten på fett i kosten, högt kolesterol samt högt blodtryck. Personer med diabetes av typ 2 samt personer som lider av fetma har även en större risk att insjukna i kranskärlsjukdom. (Mustajoki 2015a)

Det vanligaste symptomet vid kranskärlssjukdom är smärta över bröstet. Smärtan ökar vid ansträngning, då hjärtats slagfrekvens ökar och beskrivs ofta som tryckande och kan ibland stråla ner till armar, käke, skuldror eller övre delen av buken. Smärtan avtar oftast vid vila efter några minuter. Känslan av tryck över bröstet uppstår ofta då man nått en viss individuell nivå av ansträngning. Denna smärta över bröstet kallas angina pectoris. (Kettunen 2014)

Enligt Kettunen bör man redan i ett tidigt skede undvika de vanligaste riskfaktorerna: rökning, högt blodtryck och hög kolesterolhalt i blodet. Genom att undvika dessa kan man på ett effektivt sätt förebygga uppkomsten av en kranskärlssjukdom eller skjuta upp sjukdomens framfart. De preventiva åtgärderna är viktiga, speciellt efter att en kranskärlssjukdom har upptäckts, eftersom sjukdomen har en tendens att återkomma.

3.2 Motionsrekommendationer vid kranskärlssjukdom

Regelbunden motion är en viktig del av kranskärlspatienters rehabilitering eftersom motion har en positiv inverkan på hjärta och kranskärl. Motionens inverkan på hjärta och kranskärl är bland annat:

- HDL-kolesterolet ökar, vilket har en positiv inverkan på hjärta och kranskärl
- LDL-kolesterolet och triglyceriderna minskar, som verkar negativt på hjärta och kranskärl
- Blodtrycket och pulsen sjunker

- Risken för typ 2 diabetes minskar.

(Kutinlahti & Pellikka 2014; UKK-institutet)

Eftersom konditionen ökar vid regelbunden motion och pulsen samt blodtrycket stiger långsammare, minskar även de symptom som ofta uppkommer när personer med krans-kärslsjukdom motionerar. Dessa är till exempel andnöd och en känsla av tryck över bröstet. Även dödsrisken minskar med cirka 30 % för de som motionerar regelbundet i jämförelse med de som är inaktiva. (Kutinlahti & Pellikka 2014) Enligt Mäkijärvi (2011 s. 94) är inaktivitet en lika stor riskfaktor för att insjukna i krans-kärslsjukdom som till exempel rökning, högt blodtryck och högt kolesterol. Regelbunden motion har till och med visat sig kunna stoppa aterosklerosens framfart.

3.2.1 Motion under tillfriskningsperioden (2-4 veckor efter det eventuella ingreppet)

Under tillfriskningsperioden är daglig motion viktig men motionen bör till en början vara lugn och med tiden öka gradvis. Det är även viktigt att lyssna till den egna kroppens signaler. Ett bra sätt att kontrollera belastningen är att använda sig av Borgskala, som är en skala som mäter den upplevda ansträngningen. Skalan har en numrering från 6-20. Vid tillfriskningsskedet bör ansträngning vara under 11 på skalan. En bra motionsform under detta skede är promenader. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

6	Ingen ansträngning alls
7	Extremt lätt
8	
9	Mycket lätt
10	
11	Lätt
12	
13	Något ansträngande
14	
15	Ansträngande
16	
17	Mycket ansträngande
18	
19	Extremt ansträngande
20	Maximal ansträngning

Figur 1. Borgskala (Källa: Blomqvist 2015)

3.2.2 Motion under upprätthållandeskedet (>4 veckor efter det eventuella ingreppet)

Under upprätthållandeskedet är det rekommenderat att man motionerar 3-5 gånger i veckan, minst 30 minuter/gång. För att få mest effekt av träningen rekommenderas det ändå att man motionerar dagligen. Till en början kan man även dela upp den dagliga motionen i flera kortare stunder. En bra regel när det gäller motion för personer med kranskärslsjukdom är att man får svettas och bli andfådd, men andnöd får inte uppkomma. (Kutinlahti & Pellikka) Skillnaden mellan andnöd och andfåddhet är att man vid andnöd upplever en stark känsla av obehag och att man inte får luft (Mustajoki 2015b). Andfåddhet är en lindrigare och snabbt övergående form av andnöd (Terveyskirjasto). Belastningen på Borgskalan kan vid detta skede öka till 13-15. Vid användning av betablockerare sänks pulsen vilket hindrar överbelastning av hjärtat. Detta betyder att pulsen inte kan stiga lika högt under fysisk ansträngning som utan användning av läkemedlet, vilket bör tas i beaktande vid motion enligt puls. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

Rekommenderade motionsgrenar under upprätthållandeskedet är till exempel gång, stavgång, jogging, skidning, dans och simning. Viktigaste är ändå att man hittar en

motionsform som man själv tycker om. (Kutinlahti & Pellikka 2014) Mäkijärvi (2011 s. 93) lyfter fram att även muskelstärkande övningar har en fördelaktig inverkan på kranskärlssjukdom.

Dynamiska övningar där muskeln tränas under rörelse rekommenderas. Dessa övningar medför en mindre belastning på hjärtat än statisk muskelträning. Med statiska övningar menas att muskeln kontraheras under en längre tid utan vila. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

En viktig regel att komma ihåg är att man bör återhämta sig under en lika lång tid som man tränat. Före en träning bör man även alltid komma ihåg uppvärmning så kroppen förbereds för träning. Även nedvarvning är viktigt så att pulsen och andningen återhämtas. Personer med kranskärlssjukdom bör ta i beaktande faktorer som inverkar negativt på hjärta och kranskärl före motionerandet. Dessa är till exempel tillfälliga sjukdomar, köld, hetta, alkohol och trötthet. Ifall det uppkommer förändringar i hälsotillståndet är det mycket viktigt att först ta reda på orsaken före man fortsätter att träna. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

3.3 Examensarbetets kontext

Nertill följer en kort presentation av motionsrådgivningen i Finland, motionsrådgivningen i Vanda stad, Finlands Hjärtförbund och Liikuntapolku projektet. Dessa utgör kontexten för vårt arbete.

3.3.1 Motionsrådgivningen i Finland

I Finland är det undervisningsministeriet som tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för främjandet av invånarnas hälsa samt understöder hälsofrämjande motionsverksamhet på statlig nivå. I praktiken är det dock på den kommunala nivån som det hälsofrämjande arbetet sker. Det är kommunernas idrottsväsenden som enligt motionslagen är ansvariga för det motionsutbud som kommuninvånarna har till sitt förfogande. (Vuori 2009) Vuori lyfter fram speciellt grundhälsovårdens och arbetshälsovårdens stora möjlighet att delta i befrämjandet av invånarnas motionsvanor. Mot-

ionsrådgivning i syfte att förebygga olika sjukdomar hör speciellt till grundhälsovårdens arbetsuppgifter.

Motionsrådgivningen för kranskärlspatienter saknar tydliga riktlinjer i Finland (Suomalainen 2014). För att få en klar struktur för hur motionsrådgivningen borde förverkligas för personer med kranskärlssjukdomar, har man i Helsingfors gjort en modell för hur hälsovårdspersonalen skall gå till väga i de olika skedena av patientens rehabilitering samt vilka uppgifter som hör till vilka yrkesgrupper i de olika skedena. (Helsingfors stad/ Social- och hälsovårdsministeriet et al. 2015) Projektet utfördes mellan åren 2012-2014 (Hänninen et al. 2015).

3.3.2 Vanda stad

Vanda är en stad på 200 000 invånare och hör till landskapet Nyland i Finland. Stadens officiella språk är finska och svenska men andelen personer som talar något främmande språk är även stor. (Vanda a)

Målsättningen med social- och hälsovårdstjänsterna i Vanda är att kunna ordna hälsovårdstjänster av jämn kvalitet för personer i Vanda, dels som närservice och dels i form av centraliserade tjänster. Hälsofrämjande och förebyggande arbete är en viktig grundpelare inom hela hälsovårdsarbetet i Vanda och invånarna erbjuds heltäckande rehabiliterings- och terapitjänster vid sidan av den basservice som hälsovårdscentralerna erbjuder. (Vanda b)

På Vanda stads hemsida finns ett heltäckande utbud av olika idrottstjänster för stadens invånare. Det finns allt från simskolor för barn till ledda motionsgrupper för seniorer och olika specialgrupper. Verksamheterna ordnas på många olika idrottsplatser runtom i Vanda. (Vanda c) Fysioterapeuterna i Vanda utnyttjar stadens stora motionsutbud då de rekommenderar träning för sina patienter. De ordnar även själva motionstillfällen för specialgrupper och ledda konditionssalsträningar för personer som behöver mer vägledning och stöd. Ofta vägleds stora, självständiga patientgrupper att utnyttja stadens öppna idrottstjänster. Staden erbjuder dock inte diagnos- eller sjukdomsspecifika motionstjänster för exempelvis hjärt- och kärlpatienter.

3.3.3 Finlands Hjärtförbund

Finlands Hjärtförbund rf är den enda folkhälso- och patientorganisationen i Finland som främjar hjärt- och kärlhälsa (Finlands Hjärtförbund rf a). Hjärtförbundet är aktivt med i vårt samhälle och ökar människors kännedom om hjärt- och kärlsjukdomar, erbjuder information om hälsa och välmående samt ger stöd vid förändrade levnadsförhållanden för hjärt- och kärllpatienter (Finlands Hjärtförbund rf b). På Hjärtförbundet vill man uppmuntra människor att ta ansvar över sin egen hälsa och kunna erbjuda människor den vård och rehabilitering som behövs i rätt tid oberoende av social status, ålder, kön, etnisk bakgrund eller livssituation (Finlands Hjärtförbund rf c).

Inom hjärtförbundet finns 80 000 medlemmar, 17 hjärtdistrikt, 238 hjärtföreningar samt de statliga Hjärtebarn och -vuxna, Sydän- ja keuhkosiirroksaat SYKE ry och Karpatiat ry som alla är föreningar inom Finlands Hjärtförbund och följer samma agenda - att främja hjärt- och kärlhälsa bland människor och förespråka en aktiv livsstil. (Finlands Hjärtförbund rf d)

Finlands Hjärtförbund är med och ordnar olika aktiviteter och kampanjer för förbundets medlemmar och är aktivt med och främjar hjärt- och kärlhälsa på nationalpolitisk nivå. Hjärtförbundet samarbetar med social- och hälsovården, olika föreningar, organisationer och andra aktörer för att påverka hälsofrämjande på olika nivåer i vårt samhälle. (Finlands Hjärtförbund rf b)

Vanda Hjärtförbund hör till Nylands hjärtekrets och står för de olika aktiviteter och evenemang som ordnas för hjärt- och kärllpatienter i Vanda. (Vantaan Sydän ry)

3.3.4 Motionsrådgivningsprojektet Liikuntapolku

Enkäten som vi har analyserat är en del av Liikuntapolku-projektet i Vanda.

Liikuntapolku-projektet är ett gemensamt utvecklingsprojekt mellan Vanda stad och Finlands Hjärtförbund. (Vanda d) Projektet utförs även på andra orter i landet och målet är att personer som insjuknat i kranskärlssjukdom ska få individuella råd om motion. Målet är även att personerna skall kunna hitta en lämplig och trygg motionsform med tanke på sjukdomen samt få information om vilket utbud av motionsgrupper det finns.

För att detta ska kunna uppnås bör hälsovårdspersonalen få tillräckligt med kunskap om motionsrådgivning så att de kan ge råd om motion åt personer som insjuknat i kranskärslsjukdom. (Finlands Hjärtförbund rf e)

Med projektet i Vanda försöker man uppmuntra personer med kranskärslsjukdom till en aktivare livsstil för att förbättra personers arbets- och funktionsförmåga. Utbildnings- och kulturministeriet i Finland stöder Hjärtförbundet med detta projekt. Projektets föravtal skrevs i september 2013 och pågår till slutet av år 2015. (Vanda d)

3.4 Tidigare forskning

Nertill presenteras några utvalda artiklar och forskningar som behandlar allmänna råd om motionsrådgivning, specifika råd för kranskärslpatienters motionsrådgivning samt vanligen upplevda begränsningar inom motionsrådgivningen bland hälsovårdspersonalen.

3.4.1 Allmänna råd om motionsrådgivning

Vuori (2009) tar i sin artikel upp patienters åsikter om motionsrådgivning genom att hänvisa till en forskning vid namn FINRISKI 2002. Forskningen behandlar invånarnas syn på motionsrådgivning och dess betydelse. I forskningen framkommer att tre av fyra anser det som viktigt och nödvändigt att motionsrådgivning ingår i arbetsbilden för läkare och annan hälsovårdspersonal. Vid motionsrådgivning är det till en fördel att patienten upplever motion som något viktigt och allmänt accepterat. Vuori framför i sin text att finländare ser hälsovårdspersonalen som en pålitlig källa till hälsorelaterad information.

Enligt Fogelholm et al. (2011 s. 213) är målet med motionsrådgivning att personen i fråga ska bli intresserad av motion samt vid behov kunna ändra på sina motionsvanor. Motionsrådgivning kan ges av läkare, hälsovårdare, fysioterapeuter med flera. Fogelholm et al. poängterar att en bra växelverkan mellan hälsovårdspersonalen och patienten är viktigt vid motionsrådgivning. På det sättet har motionsrådgivningen störst inverkan på personen i fråga.

För att öka på funktionsförmågan eller minska på eventuella symptom som patienten har, bör även konkreta mål sättas upp tillsammans med patienten (Fogelholm et al. s.219). Hälsovårdspersonalens uppgift är att berätta om motionens hälsoeffekter samt berätta hur patienten bör motionera på ett sätt som är lämplig för patientens livssituation. Vid en bra motionsrådgivning bör patienten själv komma fram med egna synpunkter, åsikter, strävanden och behov. (Fogelholm et al. s. 213)

Det finns vissa riktlinjer för vad en bra motionsrådgivning bör innehålla. Det är ändå viktigt att tänka på att varje person är unik och att man alltid som hälsovårdspersonal bör bedöma hurudan motionsrådgivning som lämpar sig bäst för personen i fråga. (Fogelholm et al. s. 213) För att kunna bedöma hurudan motionsrådgivning som lämpar sig bäst för en viss person är det bra att till en viss del känna till personens livssituation. På det sättet har motionsrådgivningen bäst effekt. Att ta reda på personens livssituation och synpunkter angående motion är en bra början på motionsrådgivningen. (Fogelholm et al. s. 214)

Fogelholm et al. menar även att man i motionsrådgivningen bör ta reda på personens tidigare motionsvanor. Genom att lyssna på personens tidigare motionsvanor är det lätt att få en bild av hurudan inställning personen har och har haft till fysisk aktivitet och vilka motionsformer personen i fråga tycker om. (Fogelholm et al. s. 214) Enligt Fogelholm (s. 218) är det även viktigt att ta reda på hurudana motionsvanor patienten har för tillfället. Genom att ta reda på nuvarande motionsvanor kan hälsovårdspersonalen få en bild av hur patienten motionerar samt göra en bedömning ifall det finns behov av förändringar.

Fogelholm et al. (s. 222) tar även upp motionsplanen som en del av motionsrådgivningen. Motionsplanen bör innehålla en beskrivning av varför patienten bör motionera, mål som är konkreta och som sätts upp tillsammans med patienten samt ett konkret motionsprogram. Enligt Vuori (2009) bör en motionsplan även innehålla motionsrekommendationer, där både intensitet och exempel på hurudan motion som lämpar sig för patienten tas upp. I motionsplanen kan det även vara bra att ge konkreta exempel på var patienten kan motionera för att personen ska kunna börja motionerna så fort som möjligt. Därför är det viktigt att som hälsovårdspersonal känna till vilket utbud av motionsgrupper det finns.

Enligt Vuori bör man förhålla sig olika till motionsplaner med färdigt utformade träningsprogram beroende på hurudan inställning patienten har till motion. Till exempel så är det sällan framgångsrikt att ge ett färdigt träningsprogram åt en person som har en negativ inställning till motion. Istället kan det vara fördelaktigt att endast ge information om motion och dess fördelar för att kunna förändra på personens inställning till motion. Åt personer som är intresserade av motion och överväger att börja motionera är det däremot mer lönsamt att utarbeta ett färdigt program. De som har varit aktiva motionärer och är positivt inställda till motion behöver inte lika mycket stöd för att orka och våga fortsätta med motionerandet som de mer oerfarna.

Som hälsovårdspersonal bör man även diskutera om vikten av motion livet ut och tillsammans med personen fundera på hur personen kan upprätthålla motivationen att motionera. Därtill poängterar man även att det är viktigt att berätta om riskerna med motion och hurudan motion som är trygg för personen i fråga. (Vuori 2009)

Enligt Vuori finns det varken kapacitet eller tid att ge en så utförlig motionsrådgivning som presenterats ovan till alla patienter inom den grundläggande vården. Istället måste man prioritera de personer som har mest nytta och behov av motionsrådgivningen. (Vuori 2009) Till denna grupp hör till exempel personer med kranskärlssjukdom, eftersom motionen är en viktig del av rehabiliteringen och dödsrisken kan minskas med 30 % vid regelbunden motion. (Kutinlahti & Pellikka 2014)

3.4.2 Specifika råd för hjärt- och kärlpatienters motionsrådgivning

Motionsrådgivning är en viktig del av hjärt-och kärlpatienters rehabilitering eftersom motionen har en stor inverkan på hjärta och kranskärl (Kutinlahti & Pellikka 2014) I en forskning av Briffa et al. (2006) om fysisk aktivitet för personer med hjärt-och kärlsjukdomar berättas det att redan en kort motionsrådgivning av läkaren samt ett skriftligt material kan öka personers motion med 10-20% i upp till sex månaders tid.

Corra et al. (2010) har sammanställt nyckelkomponenterna för en lämplig motionsrådgivning för hjärt- och kärlpatienter. I sammanställningen poängteras det att personer som insjuknat i någon hjärt-och kärlsjukdom behöver klara direktiv för att lättare kunna

upprätthålla eller förbättra sin funktionsförmåga och återställa sin livskvalitet. Motionsrådgivningen är även viktigt för att förhindra återfall. Två av de väsentligaste nyckelkomponenterna för hjärt-och kärlpatienters rehabilitering är: Motionsrådgivning och fysisk aktivitet. Corra et al. tar upp sju komponenter för en bra motionsrådgivning. Dessa är:

- *Assess*: Bedömning av motions- och hälsobakgrund samt en bedömning av viljan att förändra på motionsvanorna och upplevda hinder för att motionera
- *Advice*: Ge råd om individuellt anpassad träning i enlighet med personens ålder, kön, gamla vanor och mål
- *Recommend*: Ge konkreta motionsrekommendationer, hur mycket och hur ofta personen i fråga ska träna
- *Reassure*: Försäkra att personen känner till hurudan och hur mycket fysisk aktivitet som är trygg
- *Encourage*: Uppmuntra till fritidsaktiviteter och gruppverksamhet för att upprätthålla den fysiska aktiviteten
- *Educate*: Berätta om betydelsen av fysisk aktivitet livet ut och om risken för återfall
- *Expected outcomes*: Berätta om vilka resultat som förväntas av fysisk aktivitet.

3.4.3 Upplevda begränsningar inom motionsrådgivningen

Vuori (2009) skriver i sin artikel om bland annat hälsovårdspersonalens roll inom motionsrådgivningsarbetet samt vilka begränsningar som hälsovårdspersonalen vanligen upplever. Dessa är: tidsbrist, att motionsrådgivningen inte uppskattas, att motionsrådgivningen har liten eller dålig effekt, avsaknad av teoretisk bakgrund och tillvägagångssätt, svårigheter att utforma träningsprogram samt brister i samarbete inom enheten samt

mellan hälsovårdspersonalen och tjänsteutgivaren. För att överkomma dessa brister räknar Vuori upp två viktiga förutsättningar:

1. Det motionsfrämjande arbetet bör sättas som en viktig prioritet
2. Målmedveten utveckling för att skapa fungerande och effektiva tillvägagångssätt på arbetsplatsen samt generellt i samhället.

Vuori lyfter fram tre väsentliga delområden som alla behövs för att man skall kunna åstadkomma en utveckling av motionsrådgivningen på arbetsplatsen:

- Ta i bruk evidensbaserade rådgivningsmetoder samt ordna utbildningstillfällen gällande dessa metoder
- Motionsrådgivningen skall göras till en så smidig, fungerande och flexibel process som möjligt både för personalen och patienten
- Ett fungerande samarbete mellan hälsovårdssektorn, kommunens idrottsväsende samt andra organisationer, föreningar eller företag som erbjuder olika motions-tjänster.

Enligt en artikel om motionsrådgivning skriven av Meriwether et al. (2008) lägger allmänläkare i USA ner en och en halv till tre minuter på motionsrådgivning per patient under ett allmänt läkarbesök. Begränsningar i tid, kunskap, självsäkerhet inom området, tillgång till praktiska tillvägagångssätt samt knappa resurser beskrivs i studien som upplevda begränsande faktorer för motionsrådgivning bland läkare. Som en begränsning nämns också bristande förtroende för att patienterna skall förändra på sitt hälsobeteende. En del läkare meddelade att de inte ger någon motionsrådgivning alls på grund av dessa upplevda begränsningar. Ifall varje läkare skulle ta upp motionsrådgivning, även mycket kortfattat, och patienterna till följd av det skulle få till stånd ens en liten förbättring av den fysiska funktionsförmågan, så kunde det ha en positiv inverkan på hela befolkningens hälsa.

Enligt Meriwether et al. kan man minska på de upplevda begränsningarna genom att lägga upp en klar struktur för motionsrådgivningen. Rådgivningsmetoden som Meriwether et al. tar upp i sin artikel är vid namn *The five A's* och påminner mycket om de sju nyckelkomponenter som Corra et al. (2010) tar upp i sin artikel om motionsrådgivning.

För att underlätta bedömningen av patientens hälsotillstånd kan läkaren använda sig av olika frågeformulär som patienten får fylla i på förhand. Ett frågeformulär vid namn The Physical Activity Assessment Tool (PAAT) är exempelvis en valid metod som hjälper läkaren att snabbt bedöma patientens hälsotillstånd och därmed sparar tid för motionsrådgivningen samt underlättar skapandet av en klar struktur för motionsrådgivningsprocessen. Med hjälp av PAAT görs en bedömning av patientens aktuella fysiska funktionsnivå, eventuella kontraindikationer, patientens vilja att hjälpa andra att ändra på sina levnadsvanor samt psykiska faktorer som motivation och upplevelsen av själveffektivitet. (Meriwether et al.)

För att underlätta själva motionsrådgivningen hjälper det om läkaren eller den som ger motionsrådgivning känner till de allmänna motionsrekommendationer och kan anpassa dem så de passar patienten i fråga. Om läkaren anser att det är svårt att assistera eller hjälpa patienten kan han eller hon använda sig av skriftliga rekommendationer och stödmaterial i form av broschyrer och träningsprogram. Läkaren kan också rekommendera användning av stegmätare, olika stödapplikationer via internet samt användning av en träningskalender. Utprintade, skriftliga beskrivningar baserade på det som läkaren har sagt har visat sig vara ett effektivt sätt att stöda förändringar i patienters hälsobeteende. (Meriwether et al.)

Motionsrådgivningen kan underlättas om läkaren vet hur han eller hon skall anpassa sitt sätt att bemöta patienten utefter dennes situation och aktuella inställning till att förändra på sitt hälsobeteende. Det underlättar också ifall läkaren eller hälsovårdspersonalen vet till vem patienten kan skickas för vidare rådgivning, exempelvis kostrådgivning. Patientens upplevda själveffektivitet och utomstående stöd är viktiga förutsättningar för en lyckad beteendeförändring. (Meriwether et al.)

Också McPhail & Schippers (2012) tar i sin artikel fasta på upplevda begränsningar inom motionsrådgivningen bland hälsovårdspersonalen. Begränsningarna motsvarar de som framförts av Vuori samt Meriwether et al. För att minska på de vanligen upplevda begränsningarna inom motionsrådgivning bland hälsovårdspersonalen lägger McPhail & Schippers et al. ytterligare fram ett förslag - Ökad användning av applikationspro-

gram över internet som skapats för att underlätta hälsovårdspersonalens motionsrådgivning samt spara tid och resurser.

Applikationsprogram som stöder motionsrådgivningen går att ladda ner till den egna datorn, telefoner, pekplattor eller andra liknande tekniska apparater. De olika applikationsprogrammen kan på ett omfattande sätt stöda motionsrådgivningen och på olika sätt uppmuntra patienter till att leva ett mer fysiskt aktivt liv. Med hjälp av applikationsprogrammen kan patienter exempelvis göra en bedömning av sin hälsa på förhand innan de kommer till hälsovårdscentralen, vilket försnabbar motionsrådgivningsprocessen på plats. Snabb utveckling inom denna sorts teknologi kommer troligtvis att resultera i en ökad förändring av patienters hälsobeteende. Speciellt för de fysiskt inaktiva är detta ett bra och kostnadseffektivt sätt att sprida information om hälsa och motion. Man talar om dessa applikationsprogram under samlingsnamnet Interactive Behaviour Change Technology (IBCT). (McPhail & Schippers)

4 METOD

Vårt arbete är en kartläggning av svaren på en färdigt konstruerad och besvarad enkät. Enkäten fungerar som vår datainsamlingsmetod. Data har samlats in från hälsovårdspersonalen på Mårtensdal hälsovårdscentral samt fysioterapeuterna på Dickursby, Björkby och Myrbacka hälsovårdscentraler. Dessa utgör målgruppen för enkäten.

Vi kommer att göra en deskriptiv statistisk analys av svaren på enkäten. Deskriptiv statistik är detsamma som beskrivande statistik. Med hjälp av deskriptiv statistik kan man få en överskådlig bild av datamaterialet. Deskriptiv statistik används då man vill beskriva bakgrundsfaktorerna till de data man undersöker. Tillsammans med grafik, till exempel diagram och tabeller, utgör den deskriptiva statistiken basen för så gott som all analys av kvantitativ data. (Trochim 2006)

Arbetet bidrar till att utveckla arbetslivet och är kopplat till högskolan Arcadas forsknings-, utvecklings- och innovationsverksamhet.

4.1 Material – Motionsrådgivningsenkäten

Enkäten är riktad till hälsovårdspersonalen och med hjälp av enkäten vill man utreda hur motionsrådgivningen för tillfället förverkligas i Vanda. Utifrån denna problemställning har man försökt hitta det mest lämpliga undersökningsupplägget för att kartlägga problemet. Resultatet blev en kvantitativ tvärsnittsundersökning, en enkät. Enkäten är utskickad 7.10.2014 till den utvalda målgruppen. Enkäten utgavs till 69 personer varav 64 svarade.

Enkäten är en tvärsnittsundersökning, där man intresserar sig för att kartlägga verkligheten vid en viss given tidpunkt (Jacobsen 2007 s. 72). Modellen är kvantitativ och färdiga frågor med svarsalternativ är givna i enkäten. Kvalitativa inslag finns också med i enkäten i form av öppna frågor, där svarspersonen fritt kan formulera sitt svar med egna ord. Undersökningsupplägget är således en kvantitativ studie med inslag av kvalitativ data. Jacobsen (s. 48) lyfter fram detta som en styrka, eftersom det minskar en del av de svagheter som användningen av endast en datatyp medför.

Problemställningen för hela enkäten är hur motionsrådgivningen för kranskärlspatienter för tillfället fungerar i Vanda. Jacobsen (s. 31) definierar problemställningen som det man är intresserad av att undersöka. Problemställningen kan vara i form av ett tema, en frågeställning eller en hypotes. I detta fall en frågeställning. Vår problemställning är beskrivande till sin art: man vill beskriva hur motionsrådgivningen riktad till kranskärlspatienter för tillfället fungerar i Vanda. Vid användning av beskrivande problemställningar är syftet vanligtvis att beskriva hur flera personer handlar i och uppfattar en viss situation (Jacobsen s. 36).

Problemställningen har avgränsats så den endast fokuserar på hälsovårdspersonalen på Mårtensdal hälsovårdscentral och fysioterapeuterna på Björkby, Dickursby och Myrbacka hälsovårdscentraler. Dessa utgör enheterna i undersökningen, det vill säga de personer som deltar. Variabeln, det man är intresserad av att undersöka, är hur motionsrådgivningen fungerar för tillfället. Kontexten, den valda forskningsmiljön, är avgränsad till att gälla Vanda stad. Variabler, enheter och kontext är något som enligt Jacobsen (s.33-34) alltid bör finnas med i en problemställning.

Till sin utformning är enkäten informativ, tydlig, systematisk och lätt att fylla i. Det att enkäten är uppdelad i olika delar ökar läsbarheten. Frågorna samt svarsalternativen är skrivna på ett enhetligt sätt vilket också ökar läsbarheten. Ejlertsson (2005 s. 95) säger att detta är viktigt för enkätens helhetsintryck. Enkäten är fyra sidor lång, vilket är en lämplig längd för att möjliggöra en hög svarsprocent. (Jacobsen 2007 s. 207) Det öppna svarsalternativet till fråga fyra är ett viktigt inslag i enkäten. Enligt Jacobsen (s. 195) kan enkäter med öppna svarsalternativ ge enkäten ett mera ledigt intryck, eftersom svarspersonerna får komma fram med egna åsikter.

Ejlertsson (s. 99) betonar att det lönar sig att inleda med neutrala och oprovocerande frågor. Känsliga eller mer svårbesvarade frågor lönar det sig att placera längre bak i enkäten för att undvika att svarspersonen skall lägga ifrån sig enkäten eller inte svara på den till slut. Ifall känsligare frågor placeras mot slutet av enkäten ökar sannolikheten att de blir besvarade, eftersom svarspersonen redan fyllt i största delen av enkäten. I enkäten som behandlas i arbetet kan fråga fyra uppfattas aningen känslig eftersom den tar upp hälsovårdspersonalens upplevda begränsningar gällande motionsrådgivning.

4.2 Enkätens utformning

I fråga ett skall svarspersonen ange sin utbildning, i fråga två kryssa för det han eller hon alltid tar upp med kranskärlspatienter angående motion och i fråga tre kryssa för de påståenden som stämmer överens med de allmänna motionsrekommendationerna riktade till personer med kranskärlssjukdom. Vi har valt att utesluta fråga tre på grund av etiska orsaker. I fråga fyra skall svarspersonen ange vad som begränsar den egna motionsrådgivningen riktad till kranskärlspatienter och i fråga fem ange ifall motionsrådgivningen borde utvecklas mycket, en del eller inte alls. Forskningsfrågorna till arbete har tagits direkt ur enkäten. Se bilaga.

Jacobsen (s. 184) talar om olika mätnivåer, vilka är ett mått på hur mycket information olika svarsalternativ ger. I motionsrådgivningsenkäten är svarsalternativen till frågorna två och fyra kategoriska eller nominala till sin mätnivå. Detta innebär att svaren kan användas för att gruppera enheterna i olika kategorier: de som svarat ”ja” och de som sva-

rat "nej". Det enda man får fram på basis av svaren är om enheterna svarat lika eller olika. Jacobsen nämner kategorinivån som den lägsta mätnivån eftersom informationen som fås är relativt begränsad.

Fråga fem ser annorlunda ut. Man vill veta om svarspersonen är nöjd med motionsråd-givningen som den är, eller ifall den borde förändras. Svarsalternativen är: mycket, en del eller inte alls. Forskaren är intresserad av att få fram intensiteten i svarspersonernas åsikter. Jacobsen (s. 184, 186) kallar den här typen av svarsalternativ för rangordnade eller ordinala.

I redovisning av resultaten kommer vi att indela de olika svarsalternativen i olika underkategorier, som vi själva kommer att utforma. Detta för att underlätta presentationen av resultaten. Vi kommer alltså inte att redovisa svarsalternativen i den ordning som de kommer i enkäten.

4.3 Databearbetning

Det första steget i databearbetningen är att överföra informationen från enkäten till datorn. Man bör då först omvandla svaren på frågorna till siffror. (Jacobsen 2007 s. 233) Detta steg i databearbetningsprocessen kallas kodning och har i detta arbete gjorts från skolans sida och kommer därför inte att beskrivas noggrannare.

När man har kodat alla svar på frågorna är nästa steg analysen. Den enklaste analystypen är univariat analys, där man analyserar en variabel i taget. Det första steget i en univariat analys är att gruppera varje svar i olika grupper, till exempel i vårt arbete de personer som svarat "ja" och de som svarat "nej". Resultaten från analysen fås sedan i både absoluta och relativa tal. Absoluta tal är antalet personer som svarat på ett visst sätt och relativa tal är antalet personer i procent. (Jacobsen s. 233-235)

Enligt Ejlertsson (2005 s.105) bör man på förhand bestämma vilket program man kommer använda sig av vid databearbetningen. Man kan använda sig av både kalkylprogram och statistikprogram. För att bearbeta data har man i vårt arbete använt sig av statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) för att få fram resultatet

i form av siffror. Detta har även gjorts från skolans sida och kommer därför inte beskrivas noggrannare.

Ejlertsson (s. 112) poängterar att man vid bearbetning av data bör vara väldigt noggrann. Redan ett litet fel i inmatningen av data kan ge fel resultat. Därför bör man för det första kunna tolka resultatet på rätt sätt och för det andra vara extra noggrann vid inmatning av data.

4.4 Presentation av data

Vid presentation av data kan man enligt Ejlertsson (2005 s. 115, 127) använda sig av både tabeller och diagram. Tabeller kan lätt bli svåröverskådliga och därför är diagram ofta ett bättre alternativ vid presentation av resultaten. Ett diagram gör det enkelt att avläsa resultaten (Ejlertsson s.132). Vi har valt att presentera resultaten i vårt arbete med hjälp av vågräta stapeldiagram. I vårt fall finns det två staplar per svarsalternativ. En stapel för andelen som svarat "ja" och en för andelen som svarat "nej". I stapeldiagram är stapeln proportionell mot andelen eller frekvensen. (Ejlertsson s.130) Vi har valt att ange resultaten i procent.

4.5 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet kan i en undersökning ses som ett mått på undersökningens kvalitet. Validitet är ett mått på ifall undersökningen verkligen mäter det som den är utsett att mäta och kan indelas i extern och intern validitet. En fråga med hög validitet har ofta få eller inga systematiska fel. (Ejlertsson 2005 s. 99; Jacobsen 2007 s. 12)

I kvantitativa forskningar brukar den externa validiteten vara hög, det vill säga hur resultaten från undersökningen också är giltiga i andra sammanhang. Hög extern validitet innebär det samma som att generaliserbarheten är hög. (Jacobsen 2007 s.12) Eftersom svarspersonerna i motionsrådgivningsenkäten är så få, går svaren inte att generalisera så att det skulle gälla all hälsovårdspersonal i Vanda, hälsovårdspersonalen på andra orter eller andra delar av landet. Den externa validiteten är med andra ord låg för den ifrågavarande enkäten, trots att det är frågan om en kvantitativ forskning.

Den interna validiteten är ett mått på huruvida undersökningen mäter det den verkligen är utsatt att mäta (Jacobsen s. 12). Nackdelen med enkäter som har färdigt givna frågor och svarsalternativ är att forskaren i stor utsträckning bestämmer hurudan information svarspersonen kan lämna ifrån sig. Jacobsen räknar upp detta som en nackdel med den kvantitativa forskningen eftersom det gör metoden relativt sluten och ofta medför problem med den interna validiteten. (Jacobsen s. 54)

Reliabilitet är ett mått på undersökningens pålitlighet och trovärdighet (Jacobsen s.13) Man intresserar sig för ifall upprepade mätningar ger samma resultat. För att reliabiliteten skall räknas som hög skall slumpens betydelse i resultaten vara liten. (Ejlertsson 2005 s. 99) Vill man testa reliabiliteten kan man göra ytterligare tester. Det kommer vi inte att göra i vårt arbete eftersom vi inte har konstruerat enkäten.

4.6 Etiska överväganden

När man utför en enkätundersökning är det viktigt att komma ihåg vissa etiska krav som finns till för att minska risken att någon blir kränkt. Jacobsen (2007 s. 21) beskriver tre etiska krav som man som forskare speciellt bör ta i beaktande när man utför en enkätundersökning. Dessa är: informerat samtycke, skydd av privatlivet och korrekt återgivning.

Informerat samtycke innebär att personerna som är med i enkätundersökningen ska få delta frivilligt och få tillräcklig information om undersökningens syfte och på vilket sätt informationen kommer att användas samt nackdelarna vid deltagandet i undersökningen. Deltagarna bör även kunna förstå den information som de fått och själva vara förmögna att bestämma om de vill delta i enkätundersökningen. Därtill bör personerna själva bestämma om de vill delta, utan press från andra personer. (Jacobsen s.22-23)

Syftet med motionsrådgivningsenkäten har presenterats i början av enkäten. Frivilligheten att delta, hur informationen kommer att användas samt riskerna med deltagande i undersökningen kommer inte fram i enkäten vilket påverkar etiken på ett negativt sätt. Deltagarna har inte heller fått något följebrev. Dock fick personalen information om en-

käten i samband med personalmötet då enkäten delades ut. Vi vet inte vad som togs upp under detta möte.

Man kan med stor sannolikhet veta att personerna själva har varit förmögna att bestämma om de vill delta i undersökningen eftersom enkäten skickats ut till vuxna personer i arbetslivet. Viss press från andra personer på hälsovårdscentralerna kan ha uppkommit vilket kan ha påverkat etiken på ett negativt sätt. Detta är ändå svårt att få reda på som forskare.

Det andra etiska kravet som Jacobsen tar upp är skydd av privatlivet. Till det räknas att frågorna inte får vara känsliga, inte för privata och att personen inte skall kunna identifieras utifrån sina svar. (Jacobsen 2007 s. 24-26) Frågorna två och fyra i motionsrådgivningsenkäten är arbetsrelaterade och berör inte privatlivet. Vi valde att lämna bort fråga tre eftersom den kan uppfattas som känslig då den behandlar de olika yrkesgruppernas kunskaper om motion för hjärt-och kärlpatienter. För att skydda privatlivet har man i undersökningen inte frågat efter namn, kön eller ålder. Det enda man frågat efter som bakgrundsinformation är yrkesgrupp. På grund av att deltagarna är så få inom några yrkesgrupper kommer vi inte att presentera skillnader mellan de olika yrkesgrupperna, utan endast presentera data där alla yrkesgrupperna finns med. Detta för att minska risken för att deltagarna ska kunna identifieras.

Det tredje och sista kravet är korrekt återgivning av data (Jacobsen s. 26-27). Vi kommer att presentera resultaten från enkäten fullständigt och inte lämna bort någon information samt vara noggranna vid inmatning av data.

Vanda stad har gett oss tillåtelse att utföra och behandla enkätsvaren, vilket är ett krav för att utomstående ska få tillgång till enkätsvaren.

5 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultaten från motionsrådgivningsenkäten. De kvantitativa resultaten, svaren på "ja" och "nej" frågorna kommer att presenteras både i text och med hjälp av stapeldiagram. De kvalitativa resultaten, svaren på de öppna frågorna, kommer

att presenteras endast i textform samt omskrivas utan att innehållet förändras. Sammanlagt svarade 64 av 69 personer på enkäten. Bortfallet i undersökningen är alltså 5 personer, 7,2 %. Detta ger en svarsprocent på 92,8 %, vilket är en hög svarsprocent. Vid utformningen av diagrammen har vi valt att avrunda svarsprocenten till hela tal eftersom det underlättar tolkningen av diagrammen.

Av de 64 personer som svarat på enkäten är majoriteten, 27 stycken, fysioterapeuter, 5 stycken idrottsinstruktörer, 12 stycken läkare, 17 stycken sjukskötare/hälsovårdare/barnmorskor/närvårdare och 3 stycken har angett en annan utbildning. Vi vet inte vilken utbildning de 3 sista har.

I resultatredovisningen har vi valt att använda oss av de valida procenttalen i alla diagram. Det innebär att bortfallet inte är medräknat.

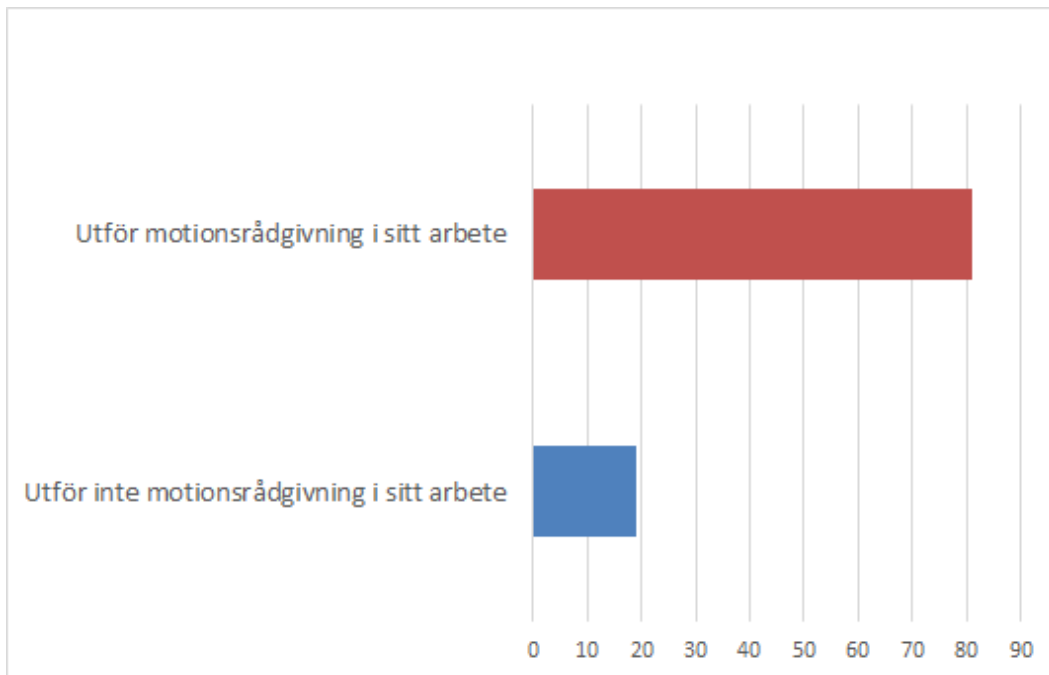
5.1 Resultatredovisning av fråga 1

I vår första frågeställning vill vi utreda vad de olika yrkesgrupperna alltid diskuterar om med kranskärlspatienter angående motion utgående från de svarsalternativ som finns i enkäten. Svarspersonerna kan välja mellan 17 olika svarsalternativ. Se bilaga. Svarsalternativen i enkäten har ingen numrering, men för att kunna analysera resultaten och förenkla presentationen av resultaten har svarsalternativen i enkäten numrerats från 2.1 till 2.17.

I figur 2 presenteras svaren på det första alternativet som deltagarna ska kryssa för eller inte. Alternativet lyder ”Jag utför inte motionsrådgivning i mitt arbete”. Resultaten visar att 19 % av svarspersonerna inte utför motionsrådgivning i sitt arbete. Detta i sin tur betyder att majoriteten av respondenterna 81 %, utför någon form av motionsrådgivning i sitt arbete. I de följande alternativen ser vi närmare på hurudan motionsrådgivning hälsovårdspersonalen ger. Svarsalternativen kommer att indelas i fem olika underkategorier och dessa presenteras med hjälp av diagram. Underkategorierna är:

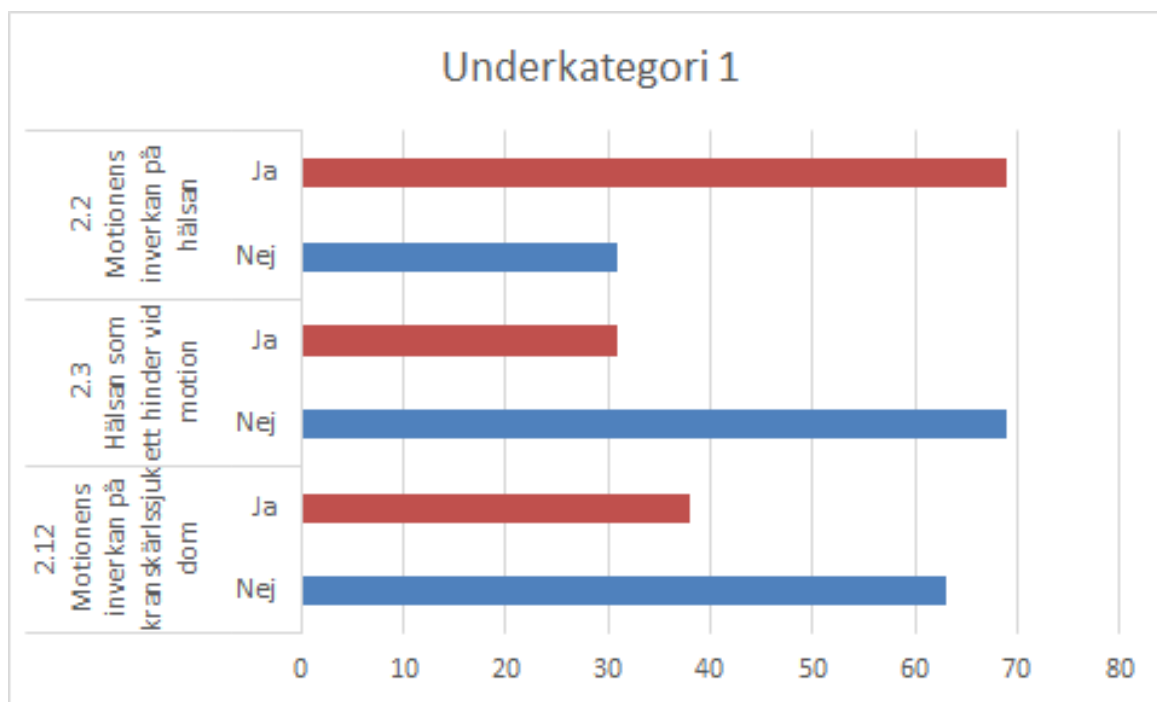
- Underkategori 1: motionens inverkan på hälsan, hälsan som ett hinder vid motion samt motionens inverkan på kranskärlssjukdom

- Underkategori 2: tidigare motionserfarenheter, nuvarande motionsvanor och anhörigas motionsvanor
- Underkategori 3: viljan att förändra motionsvanorna, möjligheterna att motionera och hinder för att motionera samt motion och motionsförhållanden
- Underkategori 4: målsättning, motionsplan och behov av tilläggsråd
- Underkategori 5: motionstjänster, motionsrekommendationer samt vad som är trygg men effektiv motion.



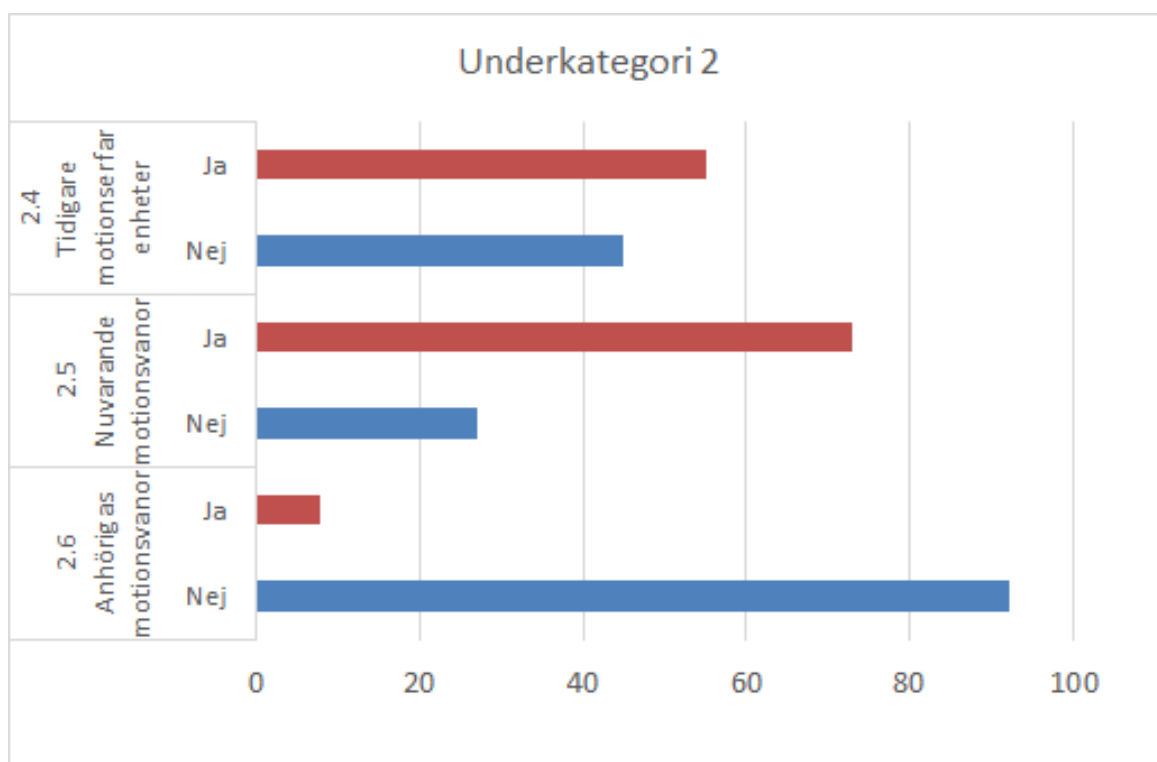
Figur 2. Procentuell uppdelning av de som utför/ inte utför motionsrådgivning i sitt arbete. N=64

I den första underkategorin presenteras motionens inverkan på hälsan (2.2), hälsan som ett hinder vid motion (2.3) och motionens inverkan på kranskärslsjukdom (2.12). Den procentuella fördelningen av svaren presenteras i figur 3. Av deltagarna diskuterar 69 % om motionens inverkan på hälsan medan endast 31 % diskuterar om hur hälsan kan vara ett hinder vid motion. Antalet personer som diskuterar om motionens inverkan på kranskärslsjukdom är 38 %.



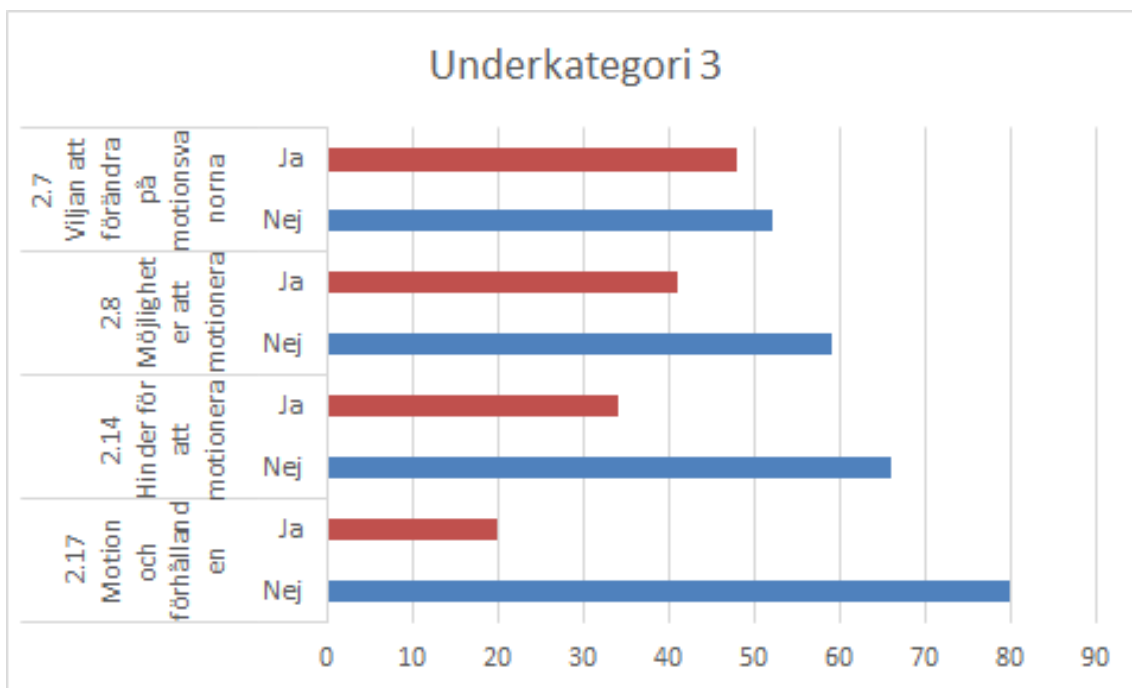
Figur 3. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 1. N=64

I figur 4 presenteras den andra underkategorin som innehåller alternativen 2.4, 2.5 och 2.6 och som handlar om motionsvanor ur olika synvinklar. Resultaten visar att 55 % av deltagarna diskuterar om patienternas tidigare motionserfarenheter medan antalet som diskuterar om hurudana motionsvanor patienterna har för tillfället är fler; 73 %. De svarspersoner som diskuterar om patienternas närståendes motionsvanor är få, endast 8 %.



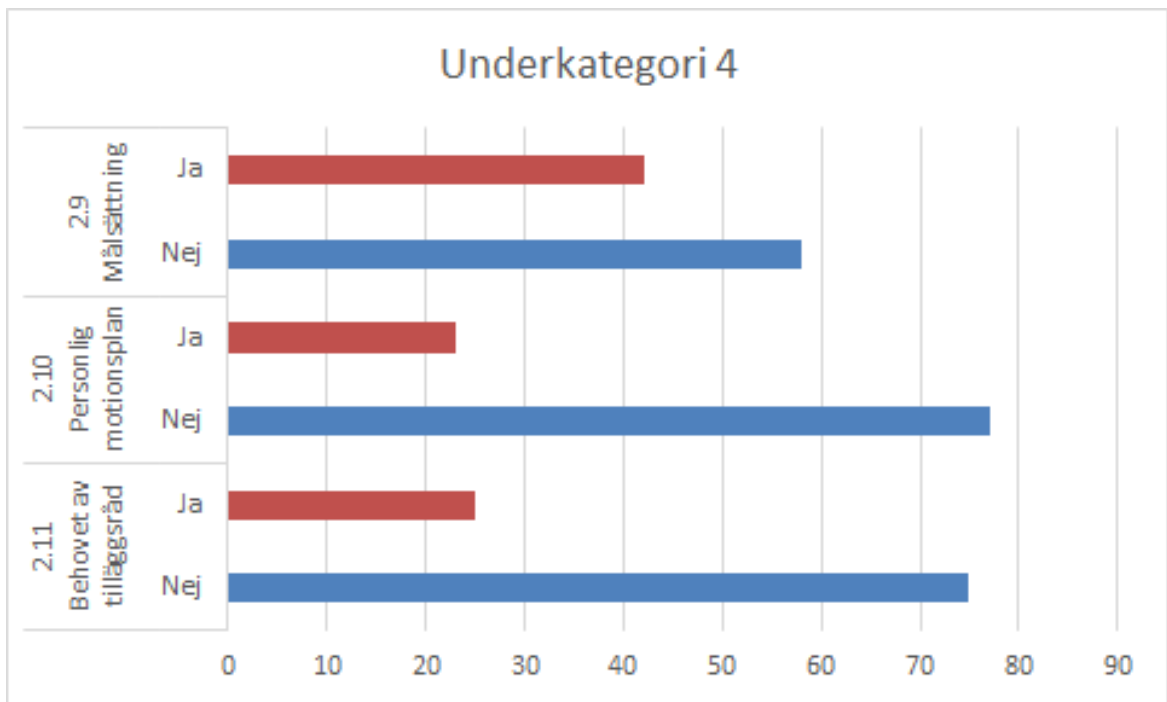
Figur 4. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 2. N=64

I figur 5 presenteras den tredje underkategorin som behandlar viljan att förändra på motionsvanorna (2.7), möjligheterna att motionera (2.8), hinder för att motionera (2.14) och motionsförhållanden (2.17). Resultaten visar att 48 % av svarspersonerna diskuterar om viljan att förändra på motionsvanorna medan 41 % diskuterar om möjligheterna att motionera med tanke på boende, livssituation och arbete. Antalet svarspersoner som diskuterar om vilka hinder det finns för att motionera är färre, 34 % och antalet svarspersoner som diskuterar om motionsförhållanden är endast 20 %.



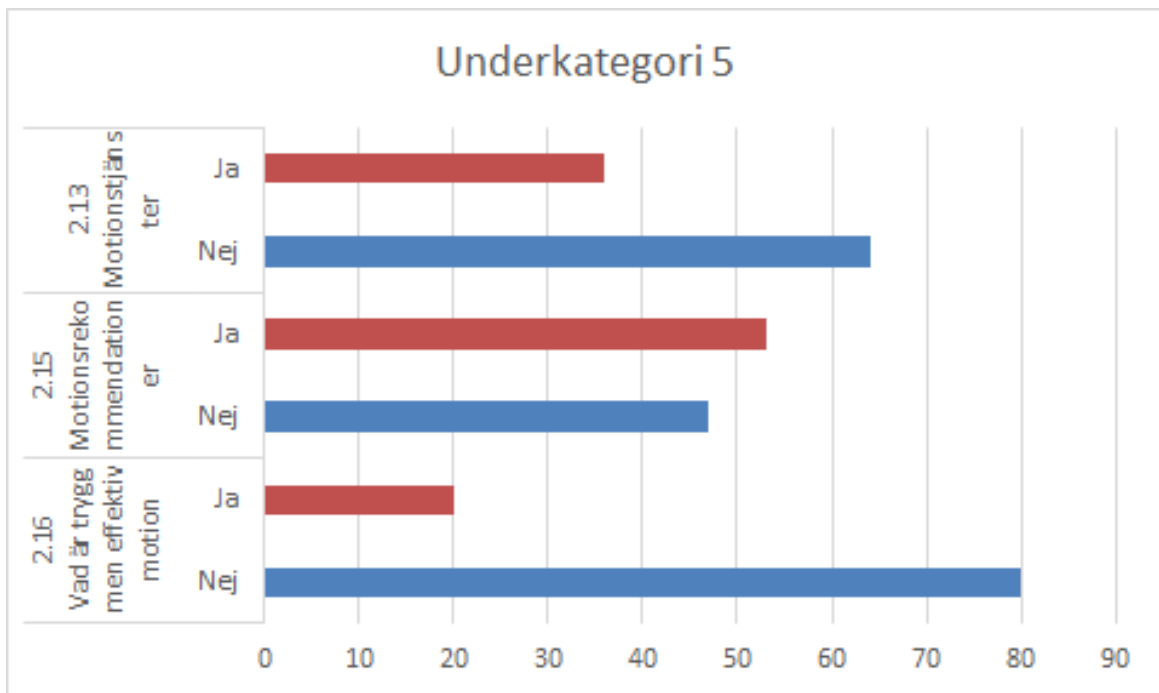
Figur 5. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 3. N=64

Den fjärde underkategorin behandlar målsättning (2.9), personliga motionsplan (2.10) och behovet av tilläggsråd (2.11). Resultaten visar att 42 % sätter upp mål tillsammans med patienterna medan endast 23 % gör personliga motionsplan tillsammans med patienten. Antalet svarspersoner som diskuterar med sina patienter om behovet av tilläggsråd är 25 %. Dessa svar presenteras i figur 6.



Figur 6. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 4. N=64

I den femte och sista underkategorin behandlas motionstjänster (2.13), motionsrekommendationer (2.15) och vad som är trygg men effektiv motion (2.16). Dessa presenteras i figur 7. Resultaten visar att 36 % berättar om vilka motionstjänster som erbjuds medan över hälften av deltagarna, 53,1 % berättar om vilka motionsrekommendationer som är riktiga. Antalet personer som berättar åt sina patienter om hur det är tryggt men effektivt att motionera är 20 %.

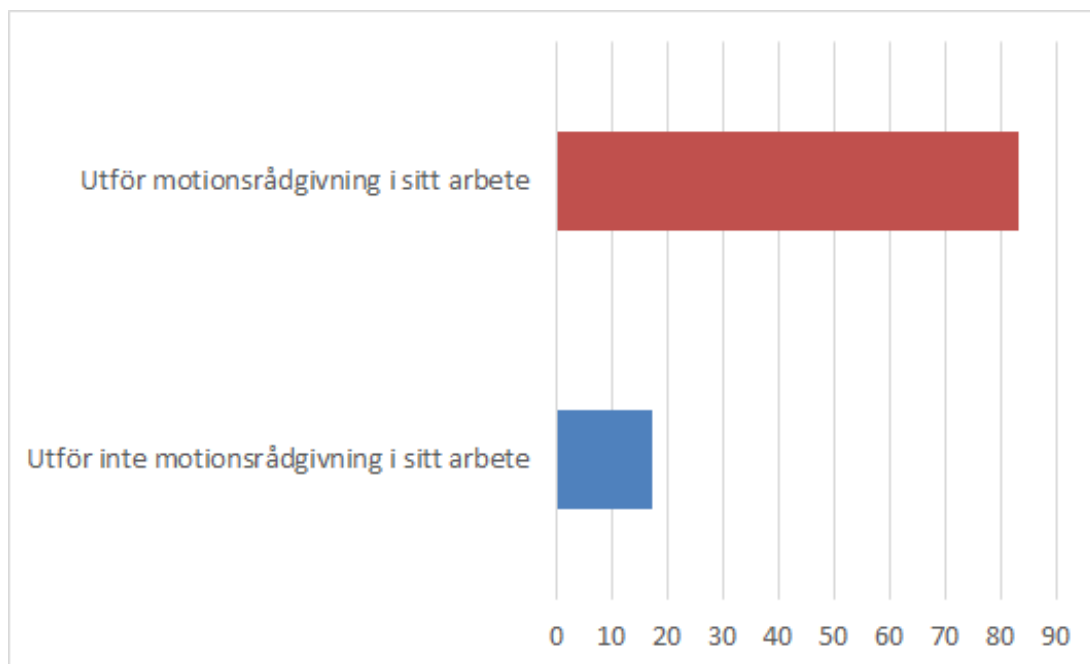


Figur 7. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som ingår i underkategori 5. N=64

5.2 Resultatredovisning av fråga 2

I den andra frågeställning utreds vilka begränsningar som hälsovårdspersonalen vanligen upplever inom motionsrådgivningen. Vi har valt att gruppera de olika svarsalternativen i mindre undergrupper för att underlätta svarsbearbetningen samt tolkningen av resultaten. Svarspersonen kan välja mellan 12 alternativ eller med egna ord ange någon begränsning som inte finns uppräknad bland svarsalternativen. Se bilaga.

I fråga fyra ska svarspersonen till allra först ange ifall motionsrådgivning ingår i arbetsbilden eller inte. Av svarspersonerna har 17 % kryssat för att de inte utför motionsrådgivning i sitt arbete. Majoriteten, 83 % har lämnat rutan oifylld, vilket betyder att motionsrådgivning ingår i deras arbetsbild. Se figur 8.



Figur 8. Procentuell uppdelning av de som utför/ inte utför motionsrådgivning i sitt arbete. N=64.

Svarsalternativen som berör upplevda begränsningar inom motionsrådgivningen går att indela i två olika huvudkategorier:

1. De som lyfter fram brister beträffande svarspersonernas **kunskap** gällande motionsrådgivning.
2. De begränsningar som går att koppla till **yttre faktorer** som svarspersonerna inte själv kan påverka på.

Del två kan ytterligare indelas i tre underkategorier där varje underkategori står för olika yttre faktorer som anses påverka begränsningarna. Dessa underkategorier är:

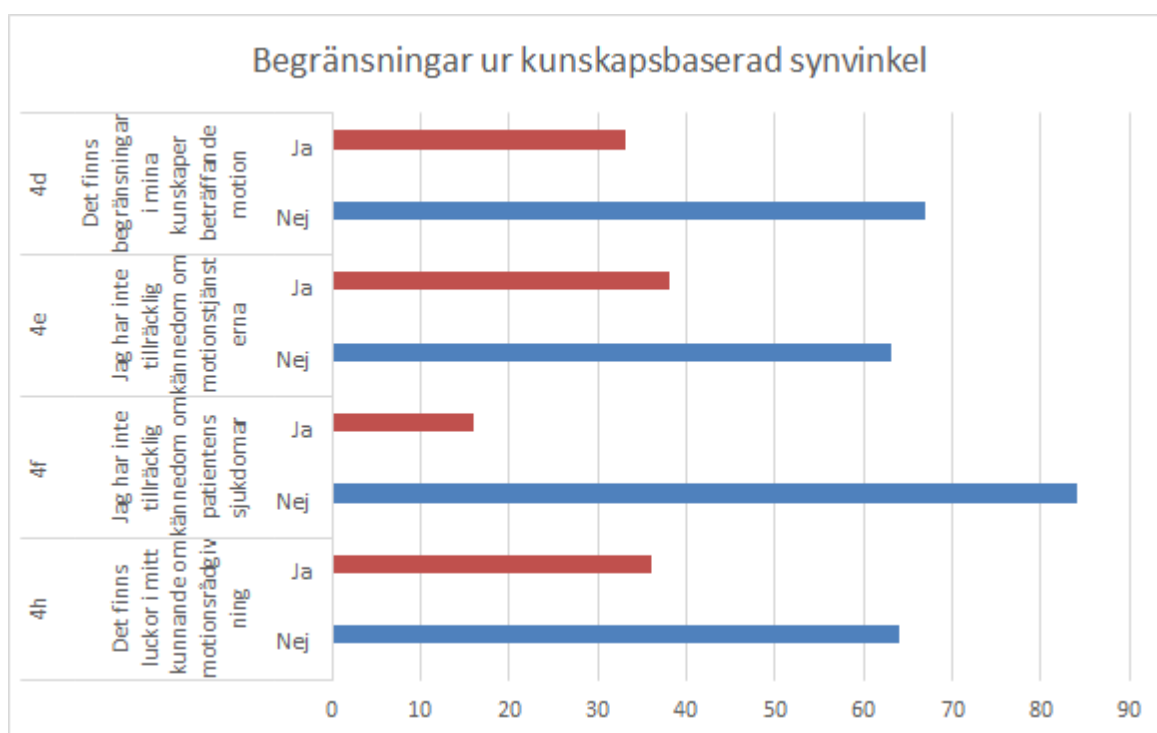
1. Begränsningar som beror på patientens inställning till motion.
2. Det saknas bevis på motionsrådgivningens effektivitet.
3. Begränsningar som går att koppla till arbetsplatsen.

Till de svarsalternativ som tangerar den egna kunskapen inom motionsrådgivning för kranskärlspatienter hör svarsalternativen 4d, 4e, 4f och 4h. Genom att kryssa för ett eller flera av dessa svarsalternativ anger svarspersonen att den upplevda begränsningen gällande motionsrådgivning ligger i den egna kunskapsbristen inom området. Förändring

inom dessa områden är sådan som svarspersonen själv kan påverka på, genom att till exempel läsa sig mer in på ämnesområdet.

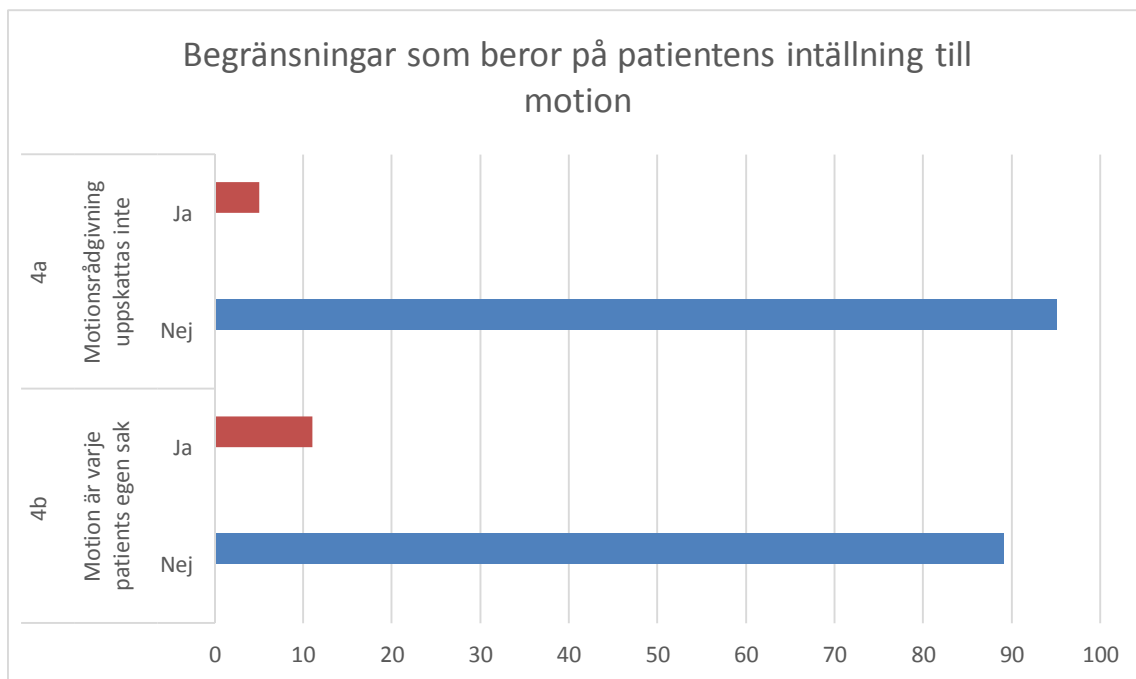
Enligt resultaten anser 33 % av svarspersonerna att det finns begränsningar i deras kunskaper beträffande motion (4d), 38 % anser att de inte har tillräcklig kännedom om motionstjänsterna (4e), 16 % anser att de inte har tillräcklig kännedom om patienterna sjukdomar (4f) och 36 % anser att det finns luckor i deras kunnande gällande motionsrådgivning (4h). Se figur 9.

4e: "Jag har inte tillräcklig kännedom om motionstjänsterna" och 4h: "Det finns luckor i mitt kunnande om motionsrådgivning", var de begränsningsområden som upplevdes som störst.



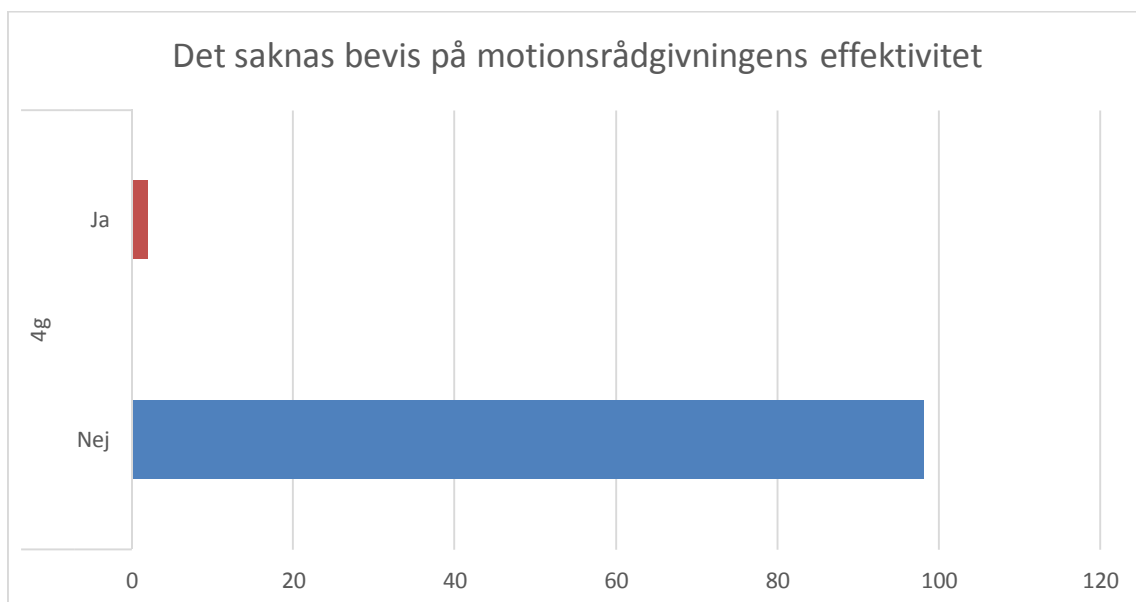
Figur 9. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram upplevda begränsningarna ur en kunskapsbaserad synvinkel. N=64.

Till den första underkategorin för begränsningar som anses påverkas av yttre faktorer hör svarsalternativ 4a: "Motionsrådgivning uppskattas inte" och svarsalternativ 4b: "Motion är varje patients egen sak". Enligt resultaten anser 5 % att motionsrådgivning inte uppskattas (4a) och 11 % att motion är varje patients egen sak (4b). Se figur 10.



Figur 10. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram begränsningar som beror på patientens inställning till motion. N=64.

Till den andra underkategorin som lyfter fram begränsningar som anses påverkas av yttre faktorer hör svarsalternativ 4g: "Det saknas bevis på motionsrådgivningens effektivitet". Endast 2 %, har kryssat för påståendet. Se figur 11.

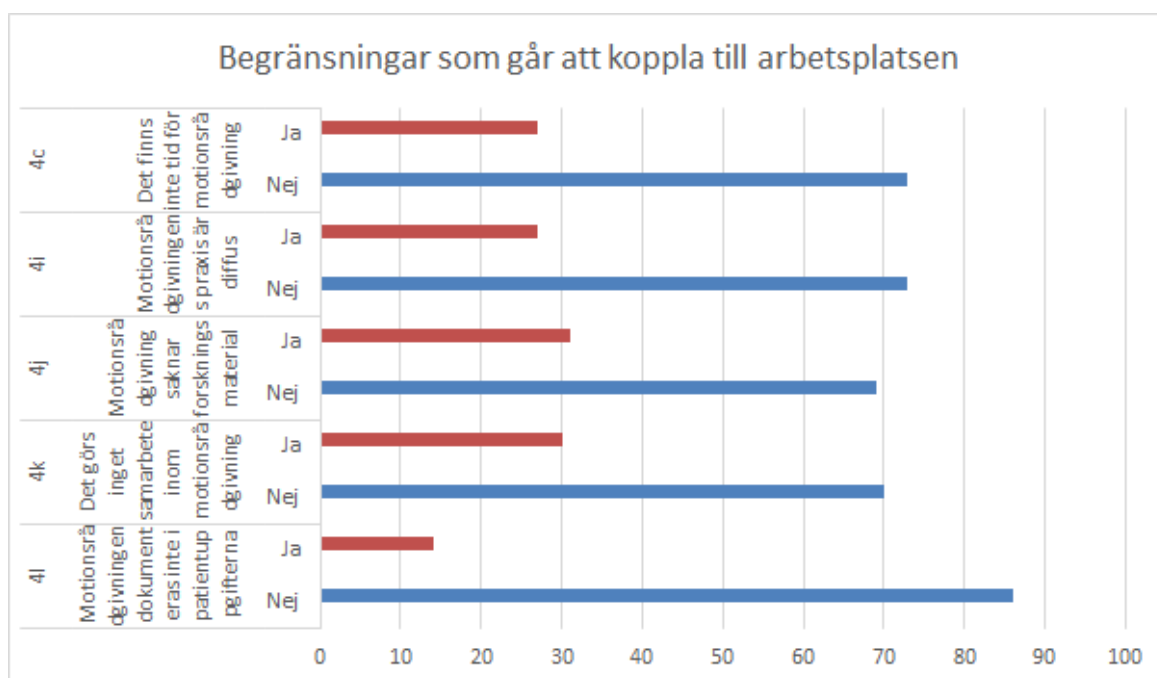


Figur 11. Procentuell uppdelning av svaren på frågan: "Det saknas bevis på motionsrådgivningens effektivitet". N=64.

Begränsningar som på ett eller annat sätt går att koppla till arbetsplatsen hör till den tredje underkategorin som lyfter fram begränsningar som anses bero på yttre faktorer.

Till denna underkategori hör svarsalternativen 4c, 4i, 4j, 4k och 4l. De som kryssat för ett eller flera av dessa påståenden anser att orsaken till att de känner begränsningar inom motionsrådgivningen beror på hur motionsrådgivningen är planerad på arbetsplatsen samt hurudan tillgång arbetarnas har till forskning och stöd. Begränsningarna är med andra ord sådana som arbetarna inte själva direkt kan påverka på.

Enligt resultaten anser 27 % att det inte finns tid för motionsrådgivning (4c), 27 % anser att motionsrådgivningens praxis är diffus (4i), 31 % anser att motionsrådgivning saknar forskningsmaterial (4j), 30 % anser att det inte görs samarbete inom motionsrådgivningen (4k) och 14 % anser att motionsrådgivningen inte dokumenteras i patientuppgifterna (4l). Se figur 12.



Figur 12. Procentuell uppdelning av de svarsalternativ som lyfter fram begränsningarna som går att koppla till arbetsplatsen. N=64.

Fem personer har skrivit ner en egen upplevd begränsning på den öppna frågan. De egna upplevda begränsningarna är:

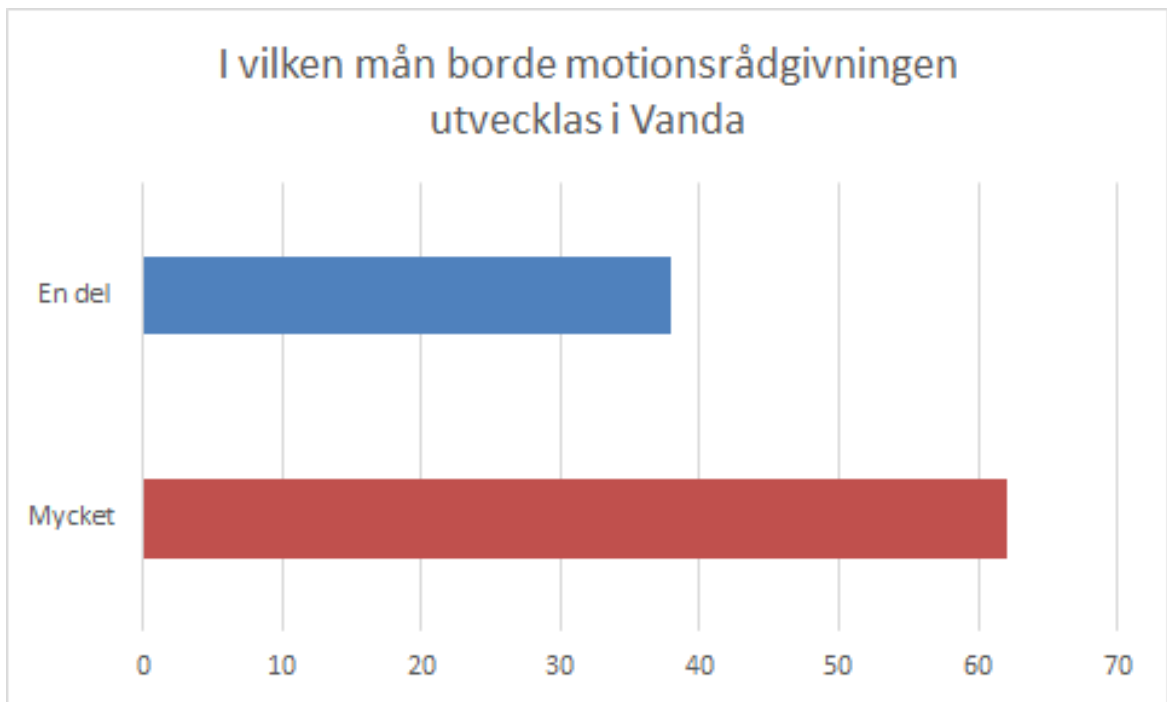
1. Tiden räcker inte till, det vill säga samma som svarsalternativ 4c.
2. Brist på motionstjänster. Detta går delvis att koppla ihop med 4e: "Jag har inte tillräcklig kunskap om motionstjänsterna".
3. Svårtillgängliga tjänster samt att man måste söka bland flera olika sidor. Detta går delvis att koppla ihop med 4k: "Inget samarbete inom motionsrådgivningen".

4. Brist i samarbete mellan specialistsjukvården och läkarna på hälsovårdscentralerna. Detta går delvis att koppla ihop med 4k: "Inget samarbete inom motionsrådgivningen".
5. Då patienter kommer med "diagnosen" ryggsmärta måste man känna till andra bakomliggande diagnosers inverkan på vården. Detta går att koppla ihop med svarsalternativ 4f: "Jag har inte tillräcklig kännedom om patientens sjukdomar".

5.3 Resultatredovisning av fråga 3

Av de 64 personer som svarat på enkäten har 61 svarat på den sista frågan med vilken man vill utreda i vilken mån motionsrådgivningen borde utvecklas i Vanda. Svarspersonerna kan välja mellan tre olika alternativ: mycket, en del eller inte alls.

Av de 61 personer som svarat på den sista frågan anser över hälften, 62 %, att motionsrådgivningen borde utvecklas "mycket". Antalet svarspersoner som anser att motionsrådgivningen borde utvecklas "en del" är 38 %. Ingen har kryssat för "inte alls". Alla som svarat på frågan är alltså av den åsikten att en utveckling inom motionsrådgivningen vore viktig. Se figur 13.



Figur 13. Procentuell uppdelning av svaren på frågan: "I vilken mån borde motionsrådgivningen utvecklas i Vanda".
N=61

6 DISKUSSION

I detta kapitel förs en kritisk granskning kring materialet, den valda metoden samt kring resultaten vi fått. Vi kommer även att diskutera examensarbetets koppling till arbetslivet. Vi kommer att utgå ifrån våra egna grupperingar av svarsalternativen vid analysring av resultaten.

6.1 Material- och metoddiskussion

Syftet med vårt examensarbete är att kartlägga hur hälsovårdspersonalen förverkligar motionsrådgivningen riktad till kranskärtpatienter på de utvalda hälsovårdscentralerna. I och med att vi blev tilldelade ett färdigt ämne och att enkäten var färdigt konstruerad, utskickad och besvarad fick vårt arbete en tydlig avgränsning. Efter att vi läst igenom enkäten utformade vi arbetets syfte och frågeställningar. Vi valde att ta frågeställningarna direkt ur enkäten eftersom det var de frågor som man inom Vanda stads hälsovårdssektor ville ha svar på.

Det som gjorde denna kartläggning rätt ytlig var att vi av etiska skäl inte kunde skilja mellan yrkesgrupperna, utan resultatet vi fick berör alla yrkesgrupper som en helhet. Om deltagarna i enkätundersökningen skulle ha varit fler skulle vi ha kunnat presentera fördelningen mellan de olika yrkesgrupperna. Då skulle vi ha fått fram de yrkesspecifika skillnaderna i motionsrådgivningen samt de yrkesspecifika begränsningarna. Detta skulle ha gett en djupare förståelse för hur motionsrådgivningen förverkligas i Vanda.

Det skulle ha varit intressant att kunna urskilja fysioterapeuternas svar och jämföra dem med resten av yrkesgruppernas svar för att se ifall fysioterapeuterna behärskar motionsrådgivningen bättre än resten av yrkesgrupperna. Eftersom ämnet berör deras specialkunnande borde kunskapen inom området vara hög och de upplevda begränsningarna få. Som fysioterapistuderande skulle det dessutom ha varit intressant att veta fysioterapeuternas svar.

För att öka generaliserbarheten så att resultaten från enkäten skulle gälla hela hälsovårdspersonalen i Vanda, borde enkäten ha skickats ut till all hälsovårdspersonal på alla hälsovårdscentraler i Vanda. I detta fall utdelades enkäten endast till fysioterapeuterna på Dickursby, Björkby och Myrbacka hälsovårdscentraler. På Mårtensdal hälsovårdscentral blev enkäten utdelad till hela hälsovårdspersonalen. Varför enkäten inte utdelades till hela hälsovårdspersonalen på alla hälsovårdscentraler eller endast till fysioterapeuter vet vi inte och anser vi att är aningen konstigt.

I och med att enkäten är gjord som ett samarbete mellan Vanda stad och Finlands Hjärtförbund så anser vi att kunskapen bakom ämnet är av hög kvalitet och baserar sig på trovärdig teoretisk fakta. Eftersom expertisen är stor inom det aktuella området så antar vi även att validiteten och reliabiliteten i enkäten är hög. God kunskap om ämnet är en förutsättning vid konstruerandet av en enkät eftersom de personer som gör enkäten i hög grad styr hur svarspersonen kommer att svara på de färdigt angivna frågorna (Jacobsen 2007 s. 52).

Vi antar också att frågorna samt svarsalternativen är relevanta och definierade på ett sätt som förstås av målgruppen. Eftersom de flesta frågor har färdigt angivna svarsalternativ så begränsas deltagarnas svarsmöjligheter. Vi anser att möjligheten till att fritt kunna formulera sitt svar i fråga fyra därför ger en möjlighet till att få mer uttömmande svar.

Detta möjliggör också notering av sådana begränsande faktorer som experter och sakkunniga inte nämnt i enkäten. Eftersom data analyserats flera gånger av flera personer borde slarvfelen vara få.

Vi uppfattar det som att frågorna i enkäten kommer i en logisk ordning. Man går från sitt eget arbetssätt till allmänna råd som eventuellt lyfter fram ens begränsningar. Därefter behandlas vanligen upplevda begränsningar och till sist ser man på motionsrådgivningen ur ett större perspektiv och bedömer huruvida systemet är bra som det är eller ifall det borde ske en förändring. Skulle exempelvis fråga två och fråga fyra byta plats finns det en risk för att enkäten skulle få en mer provocerande ton vilket kunde leda till att färre personer skulle svara på enkäten. Detta tar vi upp tidigare i vårt arbete.

Ordvalen och formuleringarna i enkäten är lättbegripliga och inga yrkesspecifika ord ingår. Det väsentligaste som svarspersonen måste förstå är vad kranskärlssjukdom samt motionsrådgivning betyder. Eftersom enkäten är riktad till hälsovårdspersonalen borde det enligt oss vara en självklarhet. Frågorna är korta och tydliga vilket gör enkäten lättläst.

Vi anser dock att enkäten ger ett aningen slarvigt intryck då svarsalternativen till fråga två inte är numrerade. En annan nackdel är att man i fråga två både utreder ifall hälsovårdspersonalen diskuterar om motionens inverkan på hälsan samt motionens inverkan på kranskärlssjukdom. Det skulle räcka att diskutera om motionens inverkan på hälsan, eftersom det är underförstått att den som ger råd om motion anpassar rådgivningen så den passar personer med kranskärlssjukdom.

En nackdel är också att svarspersonen inte ges några direktiv till vilken fråga han eller hon skall fortsätta ifall motionsrådgivning inte ingår i arbetsbilden, vilket frågas till allra först i både fråga två och fråga fyra. Både den nästsista och den sista frågan i enkäten har numrerats med nummer fyra, vilket också ger ett slarvigt intryck och har försvårat vårt arbete eftersom frågorna skiljer sig från varandra och inte går att sammanslå.

Vi har fått väldigt lite information om vad som tagits upp under personalmötet då enkäten delades ut samt om Liikuntapolku-projektet, vilket har försvårat vårt arbete. Vi anser

dock att det är bra att bakgrunden till enkäten har beskrivits kort och koncist i början av enkäten och att Finlands Hjärtförbund har synliggjorts i enkäten.

6.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten som vi fått från enkäten. Vi kommer att diskutera resultaten och dra slutsatser utifrån tidigare forskningar som vi tagit upp i vårt arbete.

Vi anser att studiens frågeställningar har blivit besvarade i arbetet. Genom datainsamlingen, databearbetningen och dataanalysen har vi fått fram ett resultat kring hur motionsrådgivningen riktad till kranskärlspatienter förverkligas i Vanda, vad som hälsovårdspersonalen upplever att begränsar deras motionsrådgivning samt i vilken mån hälsovårdspersonalen anser att motionsrådgivningen borde utvecklas.

För att ta reda på ifall svarspersonen ger någon motionsrådgivning, har man valt att ställa frågan "Motionsrådgivning ingår inte i mitt arbete" som en inledande fråga till både fråga två och fråga fyra. Majoriteten har lämnat rutan tom vilket betyder att motionsrådgivning ingår i arbetsbilden för de allra flesta som svarat på enkäten. Utifrån detta kan man dra den slutsatsen att enkäten behandlar ett aktuellt ämne för hälsovårdspersonalen.

6.2.1 Vad tar hälsovårdspersonalen upp med kranskärlspatienter angående motion

Utgående från de olika rekommendationerna för motionsrådgivning som tagits upp tidigare i arbetet kan vi dra den slutsatsen att motionsrådgivningen för kranskärlspatienter bör vara omfattande, eftersom det finns många ämnen som hälsovårdspersonalen bör ta upp med sina patienter för att få en heltäckande motionsrådgivning. Svartalternativen som ingår i enkäten stämmer till största delen överens med de rekommendationer för motionsrådgivning som presenterats tidigare i vårt arbete. Det enda som inte direkt tas upp i tidigare forskning är anhörigas motionsvanor.

Resultaten från enkäten visar att det är få ämnen som över hälften av svarspersonerna diskuterar om med kranskärlspatienter. De fyra ämnen som över hälften av svarspersonerna tar upp är följande: motionens inverkan på hälsan, tidigare motionserfarenheter,

nuvarande motionsvanor samt motionsrekommendationer. De fyra ämnen som minst personer diskuterar om, i detta fall mindre än 25 % av svarspersonerna, är följande: anhörigas motionsvanor, personliga motionsplan, vad som är trygg och effektiv motion samt motionsförhållanden. Att så få svars personer diskuterar med sina patienter om de flesta ämnen som tas upp i enkäten visar att det finns ett stort behov av en utveckling av motionsrådgivningen för personer med kranskärlssjukdom i Vanda.

Det är oroväckande att endast 20 % diskuterar med sina kranskärlspatienter om både motionsförhållanden samt hurudan motion som är trygg och effektiv. Dessa ämnen vore viktiga att diskutera om eftersom för intensiv motion samt olika motionsförhållanden, så som köld och hetta kan ha en negativ inverkan på hjärta och kranskärl (Kutinlahti & Pellikka 2014). Antalet svars personers som diskuterar med sina patienter om behovet av tilläggsråd är endast 25 % vilket också är oroväckande i och med att många svars personer känner brister i kunskapen. På grund av detta vore det viktigt att arbeta mångprofessionellt så att patienterna kunde få så fullständig information som möjligt.

Närmare hälften av svars personerna tar upp patienternas vilja att förändra på sina motionsvanor samt möjligheter att motionera med tanke på livssituationen, vilket är bra. Fogelholm (2011) framhåller att det är betydelsefullt att diskutera om viljan och möjligheter för att kunna bedöma hurudan motionsrådgivning som lämpar sig för patienten. Vi anser också att viljan och möjligheterna spelar en stor roll ifall patienterna kommer att förändra på sina motionsvanor.

Majoriteten av svars personerna tar upp om motionens inverkan på hälsan, vilket är positivt. Även Corra et al. (2010) framhåller att det vore viktigt att berätta om motionens hälsoeffekter. Däremot är det oroväckande att så få svars personer diskuterar om motionens inverkan specifikt på kranskärlssjukdom. Vi anser att detta vore viktigt att diskutera om för att patienterna ska känna till hur viktig motion är vid kranskärlssjukdom. En möjlig orsak till att så få diskuterar om motionens inverkan på kranskärlssjukdom kan vara att hälsovårdspersonalen inte har tillräckligt med kunskap om ämnet och därför väljer att inte diskutera om det med sina patienter. Här bör man dock komma ihåg att detta är våra egna tankar.

Att Vanda stad har som mål att utveckla motionsrådgivningen i Vanda är positivt eftersom resultaten från enkäten visar att motionsrådgivningen för personer med kranskärslsjukdom är bristfällig.

6.2.2 Upplevda begränsningar angående motionsrådgivning

För att kunna utveckla motionsrådgivningen i rätt riktning är det väsentligt att känna till de faktorer som hälsovårdspersonalen anser att begränsar deras motionsrådgivning. De begränsningar som upplevs som störst enligt dem som svarat på enkäten är: okunskap om vilka motionstjänster som finns att erbjuda patienterna samt kunskapsbrist inom motionsrådgivningen.

För att överkomma dessa brister borde motionsrådgivningen sättas som en viktig prioritet på arbetsplatsen. Som ett exempel kunde ett infotillfälle ordnas, riktat till dem som ger råd om motion till kranskärslpatienter, där man går genom vilka motionstjänster som finns till patienternas förfogande. För fysioterapeuter borde det ingå i arbetsbilden att känna till de motionstjänster som staden eller kommunen har att erbjuda. Klara direktiv om vad som borde tas upp i motionsrådgivningen riktad till kranskärslpatienter skulle ge en klar modell att utgå ifrån, vilket kunde minska på den upplevda kunskapsbristen inom området. Både upplevd kunskapsbrist och okunskap om motionstjänster är begränsningar som kommit upp i tidigare forskningar som vi använt oss av i vårt arbete.

Okunskap om motionstjänsterna är den begränsning som upplevs som störst enligt dem som svarat på enkäten. Av svarspersonerna har 38 % kryssat för detta påstående. I och med att svarsprocenten inte överstiger 38 % för något av svarsalternativen, kan man konstatera att ingen upplevd begränsning är oroväckande stor. Här bör dock noteras att fysioterapeuterna utgör 42 % av alla som svarat på enkäten. Eftersom motionsrådgivning hör till fysioterapeuters kunskapsområde, borde de upplevda begränsningarna för deras del vara få. Fysioterapeuternas stora andel kan förvränga svarsprocenten så den verkar mindre än den i verkligheten är.

Av svarspersonerna håller cirka 25-35 % med om de flesta svarsalternativ. Dessa svarsalternativ hör till underkategorierna som beskriver begränsningar ur kunskapsbaserad synvinkel samt begränsningar som går att koppla till arbetsplatsen. Endast 2 % av svarspersonerna anser att det saknas bevis på motionsrådgivningens effektivitet och 5 %

anser att motionsrådgivningen inte uppskattas. Svarsprocenten är minst för dessa svarsalternativ.

Eftersom fysioterapeuterna borde kunna uteslutas ur de flesta svarsalternativ, kunde ett eventuellt förslag på utveckling inom motionsrådgivningen vara att alla kranskärlspatients skickas via en fysioterapeut för motionsrådgivning. Vuori (2009) talar om att motionsrådgivningen bör göras till en så smidig, fungerande och flexibel process som möjligt både för personalen och patienten. Med tanke på det vore det bra med klara direktiv om vem som ansvarar för motionsrådgivningen för kranskärlspatients. Meriwether et al. (2008) å sin sida betonar användning av en klar struktur för att minska på de upplevda begränsningarna gällande motionsrådgivning. För tillfället finns det ingen klar struktur för motionsrådgivningen i Vanda. Vi anser att detta kan korrelera med de upplevda begränsningarna. Utifrån svarsprocenten kan man konstatera att upplevda begränsningar gällande motionsrådgivning för kranskärlspatients förekommer bland hälsovårdspersonalen. Det vore alltså önskvärt med en utveckling av motionsrådgivningens praxis i Vanda.

6.2.3 I vilken mån borde motionsrådgivningen utvecklas?

På den sista frågan skulle svarspersonerna ange i vilken mån motionsrådgivningen borde utvecklas i Vanda. Alla svarspersoner anser att det borde ske en utveckling av det nuvarande motionsrådgivningssystemet. Detta kommer också fram i analysen av de två tidigare frågor som vi kartlagt i vårt arbete.

Endast 61 personer har svarat på den sista frågan. Varför tre personer har lämnat frågan obesvarad vet vi inte.

7 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Ett intressant område för vidare forskning skulle vara att jämföra hälsovårdspersonalens motionsrådgivning mellan olika kommuner och städer, för att få en bredare förståelse för tillvägagångssätten på olika orter i Finland. På så sätt kunde de olika städerna och kommunerna även lära sig av varandra och eventuellt komma överens om en enhetlig modell för motionsrådgivning som alla skulle kunna följa.

Ett annat exempel på vidare forskning utifrån vårt arbete kunde vara att skilja mellan fysioterapeuternas och den övriga hälsovårdspersonalens svar för att få fram de yrkes-specifika skillnaderna. Detta skulle ha blivit för omfattande för oss.

8 SLUTSATSER

Utgående från vår kartläggning vore det viktigt med en utveckling av motionsrådgivningen riktad till personer med kranskärslsjukdom i Vanda. Varje patient är individuell och varje yrkesperson inom hälsovårdsbranschen bör därför kunna anpassa motionsrådgivningen så den passar patienten i fråga. För att säkerställa att alla kranskärslspatienter får tillräckligt med kunskap om motion vore det viktigt med klara riktlinjer för motionsrådgivning.

Resultaten visar även att det förekommer upplevda begränsningar angående motionsrådgivning bland hälsovårdspersonalen. För att garantera att varje patient får tillräckligt med information om motion kunde ett alternativ vara att skicka patienterna till en fysioterapeut. För tillfället finns det inga klara direktiv för vem som ansvarar för motionsrådgivningen riktad till personer med kranskärslsjukdom.

Detta examensarbete är utarbetat för hälsovårdssektorn i Vanda. Innehållet kan dock fungera som ett stöd även vid motionsrådgivningen på andra orter i Finland.

KÄLLOR

- Blomqvist, Åse. 2015, När är träningen effektivt? *Västra Götalandsregionen*, uppdaterad 28.5.2015. Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Fysiskt-aktivitet-pa-recept/Att-bli-fysiskt-aktiv/Nar-far-traningen-effekt/> Hämtad: 1.12.2015.
- Briffa, Tom G.; Maiorana, Andrew; Sheerin, Noella J.; Stubbs, Anthony G.; Oldenburg, Brian F.; Sammel, Neville L. & Allan, Roger M. 2006, Physical activity for people with cardiovascular disease: recommendations of the National Heart Foundation of Australia, *The Medical Journal of Australia*, Vol. 184, nr 2, s. 71-75.
- Corra, Ugo; Piepoli, Massimo F.; Carre, Francois; Heuschmann, Peter; Hoffmann, Uwe; Verschuren, Monique; Halcox, Julian; Giannuzzi, Pantaleo; Saner, Hugo; Wood, David; Piepoli, Massimo F.; Benzer, Werner; Bjarnason-Wehrens, Birna; Dendale, Paul; Gaita, Dan; McGee, Hannah; Mendes, Miguel; Niebauer, Josef; Olsen Zwisler, Ann-Dorthe & Schmid, Jean-Paul. 2010, Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training - Key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, *European Heart Journal*, Vol. 31, nr 16, s. 1967-1968.
- Ejlertsson, Göran. 2005, *Enkäten i praktiken - en handbok i enkätmetodik*, 2 uppl., Lund, Studentlitteratur, 157 s.
- Finlands Hjärtförbund rf* a. Euroopan ensimmäinen sydänjärjestö. Tillgänglig: http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto#.Ve7K_0Z111B Hämtad 8.9.2015.
- Finlands Hjärtförbund rf* b. Yksi sydän - Sydänterveys ja kansalaistoiminta. Tillgänglig: http://www.sydanliitto.fi/yksi-sydan#.VN3_M_msWSo Hämtad 4.2.2015.
- Finlands Hjärtförbund rf* c. Ett liv. Tillgänglig: <http://www.sydanliitto.fi/aktuellt#.Ve7J7EZ111C> Hämtad 4.2.2015.
- Finlands Hjärtförbund rf* d. Sydänpiirit ja yhdistykset. Tillgänglig: http://www.sydanliitto.fi/jarjestosivut/sydanpiirit-ja-yhdistykset#.VN3_f_msWSo Hämtad 8.9.2015.
- Finlands Hjärtförbund rf* e. Liikuntapolku. Tillgänglig: <http://www.sydanliitto.fi/liikuntapolku#.VNSb-C6PX5t> Hämtad 26.1.2015.
- Fogelholm, Mikael; Vuori, Ilkka; Vasankari, Tommi; Aittasalo, Minna; Kannus, Pekka; Kukkonen-Harjula, Katriina; Luoto, Riitta; Nupponen, Ritva; Oja, Pekka; Parkka-

- ri, Jari; Paronen, Olavi; Rinne, Marjo; Suni, Jaana. 2011, *Terveysliikunta*, 2:a uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 212-225.
- Helsingfors stad/ Social- och hälsovårdsverket; Helsingfors stad/ idrottsverket; HUCS Hjärt- och lungcentrum; Hjärtområdet i Helsingfors rf & Finlands Hjärtförbund rf. 2015, Sepelvaltimotautia sairastavan liikuntapolku Helsingissä, *Terveysportti*, publicerad 31.3.2015. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/shp01176> Hämtad 15.9.2015.
- Hautala, Arto; Alapappila, Annukka; Kangas, Heli; Kettunen, Jyrki; Laukkanen, Jari; Meinilä, Leena & Ring, Joachim. 2011, Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus, *Terveysportti*, publicerad 4.10.2011. Tillgänglig: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=sfs00002 Hämtad 10.9.2015.
- Hänninen, Saila; Arvo, Tuija; Hemminki, Antti; Järvelä, Aaro; Sovijärvi, Anssi; Kuusi, Timo; Alapappila, Annukka & Luoma-Kuikka, Anneli. 2015, Sepelvaltimotautia sairastavan liikuntapolku Helsingissä, *Terveysportti*. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01176/tyoryhma.html> Hämtad 15.9.2015.
- Institutet för hälsa och välfärd* (Thl). 2014a, Allmän information om folksjukdomar, uppdaterad 3.11.2014. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/allman-information-om-folksjukdomar> Hämtad 6.9.2015.
- Institutet för hälsa och välfärd* (Thl). 2014b, Sydän- ja verisuonitautien yleisyys, uppdaterad 26.9.2014 Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys> Hämtad 4.2.2015.
- Institutet för hälsa och välfärd* (Thl). 2014c, Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ja ehkäisy, uppdaterad 29.9.2014 Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-riskitekijat-ja-ehkaisy> Hämtad 4.2.2015.
- Institutet för hälsa och välfärd* (Thl). 2014d, Hjärt- och kärlsjukdomar, publicerad 23.11.2014. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/hjart-och-karlsjukdomar> Hämtad 4.2.2015.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur, 316s.
- Kettunen, Raimo. 2014, Sepelvaltimotauti, *Terveyskirjasto*, publicerad 17.8.2014. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077&p_haku=sepelvaltimotauti Hämtad 28.1.2015.
- Kutinlahti, Eija & Pellikka, Minna. 2014, Sepelvaltimotauti-liikuntaohje, *Terveyskirjasto*, publicerad 12.11.2014. Tillgänglig:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00983 Hämtad 3.2.2015.

McPhail, Steven & Schippers, Mandy. 2012, An evolving perspective on physical activity counselling by medical professionals, *BMC Family Practice*, Vol. 13, nr 31, s. 1-8.

Meriwether, Rebecca A.; Lee, Jeffrey A.; Lafleur, Augusta Schroeder & Wiseman, Pamela. 2008, Physical Activity Counseling, *American Family Physician*, Vol. 77, nr 8, s. 1129-1136.

Mustajoki, Pertti. 2015a, Valtimotauti (ateroskleroosi), *Terveyskirjasto*, publicerad 16.2.2015. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095 Hämtad 22.2.2015.

Mustajoki, Pertti. 2015b, Hengenahdistus, *Terveyskirjasto*, publicerad 16.2.2015. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00020&p_haku=heng%C3%A4styminen Hämtad: 25.5.2015.

Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka. 2011, *Sydänsairaudet*, 2. uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, 607s.

Suomalainen, Pirjo. 2014, Liikuntapolkua pitkin aktiiviseksi liikkujaksi, *Finlands Hjärtförbundet rf*, publicerad 16.5.2014. Tillgänglig: http://www.pssydan.fi/c/document_library/get_file?folderId=111178&name=DLFE-22975.pdf Hämtad 15.9.2015.

Sydän. 2015, *Liikunnanohjaus perusterveydenhuollossa*, publicerad 16.3.2015. Tillgänglig: www.sydän.fi/aineistot/liikuntapolku/liikuntaohjaus_perusterveydenhuollossa.html Hämtad 10.9.2015.

Terveyskirjasto. hengästyminen. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01110 Hämtad 25.5.2015.

Trochim, William M.K. 2006, Descriptive statistics, *Research Methods Knowledge Base*, uppdaterad 20.10.2006. Tillgänglig: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/statdesc.php> Hämtad: 3.9.2015.

UKK-institutet. Liikuntaa vähentää sepelvaltimotaudin vaaraa. Tillgänglig: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_sairaudet/sepelvaltimotauti Hämtad 7.9.2015.

Vanda a. Fakta om Vanda. Tillgänglig: http://www.vantaa.fi/fakta_om_vanda Hämtad 5.2.2015.

Vanda b. Hälsovårdstjänster. Tillgänglig: http://www.vantaa.fi/social-_och_halsovardstjanster/halsovardstjanster Hämtad 5.2.2015.

Vanda c. Idrott och friluftsliv. Tillgänglig: http://www.vantaa.fi/idrott_och_friluftsliv Hämtad: 5.2.2015.

Vanda d. Vantaan sosiaali- ja terveystoimen hankkeet ja projektit. Tillgänglig: http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-_ja_terveyspalvelut/sosiaali-_ja_terveystoimi/prime104_.aspx Hämtad 10.1.2015.

Vantaan Sydän ry. Vantaan sydän ry. Tillgänglig: <http://www.sydanliitto.fi/web/vantaan-sydän-ry/tietoa-yhdistyksesta#.VS50KvmsWSo> Hämtad 26.4.2015.

Vuori, Ilkka. 2009, Liikunnan lisääminen, *Terveyskirjasto*, publicerad 19.1.2009. Tillgänglig: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00149#s5 Hämtad 3.2.2015.

BILAGOR

Liikuntaohjauskysely 2014

Olemme lähteneet yhdessä Suomen Sydänliiton kanssa kehittämään sepelvaltimotautia sairastavan liikuntaohjauksen käytäntöjä meillä Vantaalla. Tällä kyselyllä selvitämme, miten kyseinen liikuntaohjaus toteutuu tällä hetkellä asiakastyössä. Kysely on osa Vantaan Liikuntapolkuhanketta.

Vastaa kyselyyn nimettömänä. Vastaamalla vaikutat siihen, miten liikuntaohjausta tulisi kehittää meillä Vantaalla. Vastauksesi ovat tärkeitä!

1. Mikä on koulutuksesi/työnimikkeesi?

- Fysioterapeutti
- Liikunnanohjaaja
- Lääkäri
- Sairaanhoidtaja, terveydenhoitaja, kättilö, lähihoitaja
- Muu, mikä? _____

2. Mistä seuraavista asioista keskustele AINA sepelvaltimotautia sairastavan asiakkaasi kanssa?

- En toteuta työssäni liikuntaohjausta
- Liikunnan vaikutukset terveyteen
- Terveydelliset rajoitukset liikkumiselle
- Aikaisemmat liikuntakokemukset
- Nykyiset liikuntatottumukset
- Lähipiirin (perhe, ystävät) liikuntatottumukset
- Halukkuus muuttaa liikuntatottumuksia
- Liikkumisen mahdollisuudet liittyen asumiseen, elämäntilanteeseen ja työhön.
- Liikunnan tavoitteet
- Henkilökohtainen liikuntasuunnitelma
- Lisäohjeiden tarve (esim. fysioterapeutti, tai muun ammattilaisen ohjaus).....
- Liikunnan vaikutukset sepelvaltimotautiin.....
- Saatavissa olevat liikuntapalvelut.....
- Liikunnan esteet.....
- Liikunnan määrä ja laatu/ liikuntasuositus.....

3. Mitkä seuraavista liikuntaväittämistä pitävät mielestäsi paikkansa? Rastita!

Kaikki kysymykset koskevat sepelvaltimotautiin sairastuneen liikuntaa (HUOM! ei kuitenkaan akuuttivaiheita)

- a. Tavoite on liikkua noin tunti päivässä.....
- b. Sydämen sykettä tulee tarkkailla liikunnan aikana.....
- c. Liikuntakerran tulee kestää ainakin puoli tuntia, ennen kuin siitä on hyötyä terveyden kannalta.....
- d. Oireet kuten kipu ja hengenahdistus ovat täysin kiellettyjä liikunnan aikana.....
- e. Alkuverryttely ei ole erityisen tärkeää
- f. Olisi hyvä liikkua ainakin kolmena päivänä viikossa.....
- g. Lihasvoimaharjoittelu ei ole suositeltavaa liikuntaa.....
- h. Vain kevyet liikunta on sallittua.....
- i. Säännöllinen liikunta parantaa myös sairastavalla sydämen pumppaustehoa.....
- j. Sauvakävely ei sovi käden puristusotteen vuoksi.....
- k. Säännöllinen kestävyysliikunta vaikuttaa samalla tavalla taudin vaaratekijöihin niin terveillä kuin sairastuneella.....
- l. Lääkkeen ottamisajankohdalla ei ole merkitystä liikunnan suhteen.....
- m. Hengästyminen tulee välttää liikunnan aikana.....
- n. Ennen liikuntaharrastuksen aloittamista on aina käytävä lääkärissä.....
- o. Tuulisella säällä ja pakkasella kannattaa liikkua sisätiloissa.....
- p. Tavoitteena on, että liikunnan aikana ei esiinny sepelvaltimotaudin oireita.....

4. Mitkä seuraavista tekijöistä rajoittavat liikuntaohjaustasi?

Rastita kaikki ne tekijät, jotka rajoittavat liikuntaohjausta

- En toteuta työssäni liikuntaohjausta.....
- a. Liikuntaohjausta ei arvosteta.....
- b. Liikunta on jokaisen asiakkaan oma asia.....
- c. Liikuntaohjaukselle ei ole aikaa.....
- d. Liikuntaa koskevissa tiedoissani on puutteita.....
- e. Minulla ei ole riittävästi tietoa liikuntapalveluista.....
- f. Minulla ei riittävästi tietoa asiakkaan sairauksista.....
- g. Liikuntaohjauksen vaikutuksista ei ole näyttöä.....
- h. Liikuntaohjauksen osaamisessani on aukkoja.....
- i. Liikuntaohjauksen käytännöt ovat hajanaisia.....
- j. Liikuntaohjaukseen ei ole tukimateriaalia.....
- k. Liikuntaohjauksessa ei tehdä yhteistyötä.....
- l. Liikuntaohjausta ei kirjata asiakastietoihin.....
- m. Muu, mikä?

4. Missä määrin on mielestäsi tarpeen kehittää liikuntaohjauksen käytäntöjä?

Ei lainkaan

Jonkin verran

Paljon

KIITOS VASTAUKSISTASI!