

Idrottsinstruktörens och fysioterapeutens åsikter om motionsrådgivning och samarbete

Marianne Uppa

Masterarbete
Hälsofrämjande
2011

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande
Identifikationsnummer:	2986
Författare:	Uppa, Marianne
Arbetets namn:	Idrottsinstruktörens och fysioterapeutens åsikter om motionsrådgivning och samarbete.
Handledare (Arcada):	Wikström-Grotell, Camilla
Uppdragsgivare:	Esbo stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Uppdragsgivare för masterarbetet var Esbo Idrottstjänster. Arbetet ingick även i Arcadas Esbo Living Lab Innovation (ELLI) - projekt, som handlar om att utveckla hälsocentralverksamheten i Esbo. Syftet med masterarbetet var att utveckla motionsrådgivningen för vuxna och äldre i Esbo stad. Meningen var att masterarbetet kan utnyttjas av de personer som arbetar med motionsrådgivning som grund för vidareutveckling av verksamheten. Studien syftade också till att utreda centrala principer för ett förbättrat samarbete av motionsrådgivning mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i Esbo. Studiens frågeställningar var: Vilka metoder i motionsrådgivning främjar vuxna och äldre att bli fysiskt aktivare? Vad är viktigt i uppföljningen av motionsrådgivning för vuxna och äldre? Hurudant samarbete kräver en väl fungerande motionsrådgivning av idrottsinstruktörer och fysioterapeuter? Den teoretiska referensramen bestod av synen på hälsa, den transteoretiska modellen och social-kognitiv teori. För att få svar på studiens frågeställningar gjordes en systematisk litteraturstudie och kvalitativa temaintervjuer. I litteraturstudien ingick 13 forskningar. Informanterna i intervjuerna var idrottsinstruktörer (4 st.) och fysioterapeuter (4 st.) från Esbo stad. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys. Informationsspridningen och användningen av olika hjälpmedel ansågs som de bästa metoderna i motionsrådgivningen. Uppföljningen i motionsrådgivning är viktig med tanke på att upprätthålla den nya fysiskt aktivare livsstilen. Uppföljningen bör ske systematiskt. I motionsrådgivningen behövs det stöd och uppföljning i samarbete med läkare och övrig personal på hälsovårdscentralen samt med professionella inom motionsbranschen. Det borde finnas mer samarbete mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i motionsrådgivningen. Man borde träffas oftare och en kontaktperson från båda yrkesgrupperna vore viktigt att ha. Utgående från studiens resultat, har det gjorts en SWOT- analys, som kan användas som verktyg då man utvecklar motionsrådgivningen för vuxna och äldre i Esbo stad.</p>	
Nyckelord:	Motion, fysisk aktivitet, hälsofrämjande, motionsrådgivning, idrottsinstruktör, fysioterapeut, vuxna, äldre, Esbo stad
Sidantal:	99
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion
Identification number:	2986
Author:	Uppa, Marianne
Title:	The opinions of sportinstructors and physiotherapists on exercise counseling and co-operation.
Supervisor (Arcada):	Wikström-Grotell, Camilla
Commissioned by:	City of Espoo
<p>Abstract:</p> <p>The applicant for this Master's thesis was the Sports Department in the city of Espoo. This study was also included in the Espoo Living Lab Innovation (ELLI) - project of Arcada University of Applied Sciences, which is a larger project to develop the healthcare center function in Espoo. The aim of this study was to develop the exercise counseling for adults and elderly in Espoo. The aim was that this study could be used of everyone who has something to do with exercise counseling. This study tried to find out the central principles of better co-operation in exercise counseling between sportinstructors and physiotherapists. The questions were: What methods in exercise counseling promote adults and elderly to be more physical active? What is important in the follow up in exercise counseling for adults and elderly? What kind of co-operation between sportinstructors and physiotherapists needs a well functioning exercise counseling? The theoretical context consisted of the perspectives of health, the transtheoretical model and the social-cognitive theory. The methods used in the study were a systematic review and a qualitative interview. In the systematic review there were 13 studies included. 4 sportinstructors and 4 physiotherapists, working in the city of Espoo, participated in the interview. The interviews were analysed by content analysis. To distribute information and the use of different kinds of tools were thought to be the best methods in exercise counseling. The follow up is important to maintain the physical active lifestyle. The follow up should be systematic. In the exercise counseling there is a need of support and follow up by physicians and other staff in the healthcare centers and by professionals in sports. There should be more co-operation between sportinstructors and physiotherapists. They should meet each other more and contact persons should be mentioned by name. On the basis of the results in this study a SWOT- analysis has been done, which could be used like a tool when developing the exercise counseling for adults and elderly in the city of Espoo.</p>	
Keywords:	Exercise, physical activity, health promotion, counseling, sportsinstructor, physiotherapist, adults, elderly, city of Espoo
Number of pages:	99
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen
Tunnistenumero:	2986
Tekijä:	Uppa, Marianne
Työn nimi:	Liikunnanohjaajan ja fysioterapeutin käsityksiä liikuntaneuvonnasta ja yhteistyöstä.
Työn ohjaaja (Arcada):	Wikström-Grotell, Camilla
Toimeksiantaja:	Espoon kaupunki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän tutkielman toimeksiantaja oli Espoon Liikuntapalvelut. Tutkielma sisältyi myös Arcadan Espoo Living Lab Innovation (ELLI) - projektiin, joka pyrkii kehittämään Espoon kaupungin terveysasematoimintaa. Tutkielman tarkoitus oli kehittää Espoon kaupungin liikuntaneuvontaa aikuisille ja iäkkäille. Tarkoitus oli, että tutkielmasta olisi hyötyä kaikille, jotka tekevät työtä liikuntaneuvonnan parissa. Tutkielma pyrki selvittämään liikuntaneuvontatyön keskeisiä periaatteita parempaan yhteistyöhön liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välillä. Tutkimuskysymykset olivat: Mitkä menetelmät liikuntaneuvonnassa edistävät aikuisia ja iäkkäitä muuttumaan fyysisesti aktiivisemmiksi? Mikä on tärkeää liikuntaneuvonnan seurannassa aikuisille ja iäkkäille? Minkälaista liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä vaatii hyvin toimiva liikuntaneuvonta? Teoreettinen viitekehys koostui terveyden eri näkökulmista, transteoreettisesta mallista ja sosiaalis-kognitiivisesta teoriasta. Tutkielman menetelmiä olivat systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja kvalitatiivinen teemahaastattelu. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisältyi 13 tutkimusta. Haastateltavat koostuivat neljästä liikunnanohjaajasta ja neljästä fysioterapeutista, kaikki Espoon kaupungin työntekijöitä. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tiedonjakoa ja erilaisten apuvälineiden käyttöä pidettiin parhaimpina menetelminä liikuntaneuvonnassa. Liikuntaneuvonnassa seuranta on tärkeää, jotta on helpompi ylläpitää fyysisesti aktiivista elämäntyyliä. Seurannan tulee olla systemaattista. Liikuntaneuvonnassa tarvitaan tukea ja seurantaa yhteistyössä lääkäreiden sekä muun hoitohenkilökunnan ja liikunnan ammattilaisten kesken. Liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä tulisi olla enemmän. Näiden ammattiryhmien pitäisi tavata toisiaan enemmän ja molemmille tulisi nimetä yhteyshenkilöt. Tutkielman tulosten perusteella tehtiin SWOT-analyysi, jota voidaan käyttää työkaluna kehitettäessä Espoon kaupungin liikuntaneuvontaa aikuisille ja iäkkäille.</p>	
Avainsanat:	Liikunta, fyysinen aktiivisuus, terveyden edistäminen, liikuntaneuvonta, liikunnanohjaaja, fysioterapeutti, aikuiset, iäkkäät, Espoon kaupunki
Sivumäärä:	99
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	10
2.1	Tidigare forskning.....	10
2.2	Motionsrådgivningen i fyra städer i Finland.....	12
3	CENTRALA BEGREPP	16
3.1	Fysisk aktivitet.....	16
3.2	Hälsofrämjande motion.....	16
3.3	Hälsorådgivning.....	17
3.4	Kommunikation.....	18
3.5	Samarbete.....	19
4	MOTIONSÅRÅDGIVNING	21
4.1	Motionsrådgivning enligt gängse vård rekommendationer.....	21
4.2	Motionsrådgivning enligt vårdpersonalens egen databas.....	21
4.3	Motionsrådgivning enligt UKK-institutet.....	22
4.4	Exempel på hur fysisk aktivitet på recept kan se ut.....	23
4.5	Rekommendationer om fysisk aktivitet enligt gängse vård.....	24
5	SYFTET OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	26
6	TEORETISK REFERENSRAM	27
6.1	Syner på hälsa.....	27
6.2	Den transteoretiska modellen.....	28
6.3	Social-kognitiv teori.....	30
7	STUDIENS DESIGN	31
8	METOD	33
8.1	Datainsamlingsmetod.....	33
8.1.1	<i>Systematisk litteraturstudie</i>	33
8.1.2	<i>Databassökning</i>	34
8.1.3	<i>Kvalitetsgranskning av forskningsartiklar</i>	36
8.1.4	<i>Intervju</i>	38
8.1.5	<i>Intervjuguide</i>	39
8.1.6	<i>Informanter</i>	40

8.2	Analysmetoder	41
8.2.1	<i>Innehållsanalys</i>	41
8.2.2	<i>SWOT- analys</i>	42
8.3	Etiska aspekter	43
9	RESULTAT OCH ANALYS	44
9.1	Resultat från den systematiska litteraturstudien	44
9.2	Analys av intervjuerna	54
9.2.1	<i>Metoder i motionsrådgivning som främjar fysisk aktivitet</i>	55
9.2.2	<i>Faktorer som är viktiga i uppföljningen av motionsrådgivning</i>	60
9.2.3	<i>Samarbetet mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i en väl fungerande motionsrådgivning</i>	61
9.3	Sammanfattning av resultatet.....	64
10	BESKRIVNING AV RESULTAT MOT DEN TEORETISKA REFERENSRAMEN	66
10.1	Motionsrådgivning utgående från klientens behov	67
10.2	Centrala steg i motionsrådgivningen	68
10.3	Klientens beteendeförändring i motionsrådgivningen	70
11	DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	71
11.1	Metoddiskussion	71
11.2	Resultatdiskussion	74
11.3	Slutsatser	76
	KÄLLOR	80
	Bilagor	86
Bilaga 1	Artikelsökning	86
Bilaga 2	Forskningarna i den systematiska litteraturstudien	87
Bilaga 3	Checklista för granskning av forskning i den systematiska litteraturstudien	89
Bilaga 4	Intervjuguide.....	91
Bilaga 5	Haastattelulomake	92
Bilaga 6	Informationsbrev till informanterna	93
Bilaga 7	Informaatiokirje haastateltaville	94
Bilaga 8	Terveystenhuollon työntekijöiden yhdyshenkilölle	95

Bilaga 9	Innehållsanalys	96
----------	-----------------------	----

Figurer

Figur 1	Motionskakan. Rekommendation för hälsomotion. (UKK-institutet)	26
Figur 2	Masterarbetets design.....	32
Figur 3	SWOT-analys på motionsrådgivningen i Esbo.	76
Figur 4	Förslag på utvecklandet av motionsrådgivningen i Esbo stad.	78

Tabeller

Tabell 1	En uppställning av hur motionsrådgivningen på våren 2010 sett ut i fyra städer i Finland.	15
Tabell 2	Inklusions- och exklusionskriterier av tidigare forskningar i den systematiska litteraturstudien.	35
Tabell 3	Kvalitetsgranskning av forskningsartiklarna i litteraturstudien.	50

1 INLEDNING

Förebyggande av sjukdomar och hälsofostran hör till det hälsofrämjande arbetet. Hälsofrämjandet är inte enbart på individens eget ansvar, utan det förutsätter fungerande verksamhet på många av samhällets nivåer och samarbete mellan olika aktörer. Fysisk aktivitet och motion är en väsentlig del av hälsofrämjandet. En fysiskt aktiv livsstil har samband med olika sjukdomar och en person som är fysiskt aktiv har minskad risk att utveckla exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2- diabetes, depression, högt blodtryck, cancer och osteoporos. Motion upprätthåller både fysisk och psykisk hälsa och minskar för tidig dödlighet. Faktum är att alltför många finländare rör på sig för lite med tanke på sin hälsa. Enligt Institutet för hälsa och välfärd rör sig en tredjedel av barn och unga, över två tredjedelar av vuxna i arbetsför ålder och hälften av den äldre befolkningen, alltför lite ur ett hälsofrämjande perspektiv. Av hela Finlands befolkning rör sig alltså endast vart tionde person tillräckligt för att det skall främja hälsan. Den fysiska aktiviteten fördelar sig ojämnt mellan olika befolkningsgrupper. Man vet att utbildning och socioekonomisk ställning påverkar den fysiska aktivitetsnivån. Ju högre ställning i samhället och ju bättre ekonomiska förutsättningar en individ har, desto mer motionerar man. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010)

Hälsofrämjande motion främjas huvudsakligen på tre sätt: genom information, författningar och finansiering som påverkar förhållandena. De viktigaste hälsofrämjarna inom statsförvaltningen är undervisningsministeriet och social- och hälsovårdsministeriet. Deras direkta satsningar på hälsofrämjande motion, har från ca 0,5 miljoner euro i början av 1990-talet stigit till 7,5 miljoner euro år 2006. Dessutom främjas hälsofrämjande motion genom finansiering av byggandet av motionsplatser. Satsningen på hälsofrämjande motion är numera ett omfattande tväradministrativt samarbete, i vilket deltar förutom undervisningsministeriet också social- och hälsovårdsministeriet. De viktigaste genomförarna på lokalnivå är kommunerna samt idrotts- och folkhälsoorganisationerna. Delegationen för hälsofrämjande motion har sedan 2002 koordinerat verksamheten. (Fogelholm et al. 2007:8)

Lagstiftningen i Finland styr den hälsofrämjande motionen. De väsentligaste lagarna är grundlagen, idrottslagen, folkhälsolagen, kommunallagen och länsstyrelselagen. Tack

vare idrottslagen år 1998 breddades idrottens och motionens värderingar allt mer att gälla hälsan, fördragsamheten, jämlikheten och en hållbar utveckling. Lagen strävar efter att främja befolkningens hälsa och välmående. Lagen bestämmer hurdana förutsättningar kommunerna skall bereda för sina invånare för att kunna idka motion. (Idrottslagen 1054/1998)

Av Finlands hälsopolitiska program är det riksomfattande folkhälsoprogrammet *Hälsa 2015* ett viktigt program, som styr folkhälsoarbetet i vårt land. I programmet finns bestämt de viktigaste tyngdpunkts- och utvecklingsärendena för det hälsofrämjande arbetet. Folkhälsoprogrammet 2015 styr hälsopolitiken och i programmet poängteras hälsan och hälsofrämjandet på alla sektorer i samhället. Programmet tar fasta vid att hälsan påverkas på olika sätt och att individens livsstilsfaktorer och omgivningen har betydelse för god hälsa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005:21)

I Esbo styrs det hälsofrämjande arbetet av både de värden och visioner som finns nämnda i Esbo stads strategi och också av olika riksomfattande program och målsättningar. Stadens högsta ledning bär ansvaret för det hälsofrämjande arbetet och det definieras regelbundet vilka prioriteringar staden skall följa. De olika sektorerna i stadens organisation följer reglerna och utför förverkligandet av det hälsofrämjande arbetet. För tillfället präglas det hälsofrämjande arbetet av utmaningar gällande organisationernas och tredje sektorns roll, huvudstadsregionens samarbete och en klarare bild av på vilket sätt invånarnas behov bättre kunde tas i beaktande. (Espoo-strategia 2010-2013)

Ett sätt att motivera människor att öka sin fysiska aktivitet är att ge dem motionsrådgivning. Motionsrådgivning används inom idrottssektorn och inom hälso- och sjukvården för att få människor att röra på sig mera och på så sätt öka de positiva effekterna för hälsan. Effektiv motionsrådgivning är krävande, eftersom den strävar till att påverka människors beteende och handlingssätt. Att få prata med en professionell yrkesmänniska och få råd gällande motionerandet har påvisats öka motionerandet hos klienterna inom hälso- och sjukvården. De personer som rör på sig allra minst och mest är i behov av motionsrådgivning kräver målmedveten motionsrådgivning under en längre tid. (Vuori 1996:36)

Uppdragsgivare för detta masterarbete är Esbo Idrottstjänster. Idrottstjänsterna har identifierat ett behov av att utveckla motionsrådgivningen och att förbättra samarbetet mellan idrottssektorn och hälsovårdssektorn. En fungerande motionsrådgivning förutsätter gemensamma målsättningar och effektivt samarbete av personalen. Genom samarbete mellan olika sektorer kan man utveckla effektiva och nya tillvägagångssätt för att främja hälsan med hjälp av motion. I denna studie utgår man från idrottsinstruktörer och fysioterapeuter som centrala aktörer inom motionsrådgivning. Masterarbetet ingår också i Arcadas *Esbo Living Lab Innovation (ELLI) – projekt*, som handlar om att utveckla hälsocentralverksamheten i Esbo.

Masterarbetets empiriska del är utförd i Esbo, men skall vara till nytta för alla som arbetar med motionsrådgivning, så att resultaten kan tillämpas mångsidigt. I masterarbetet ingår en systematisk litteraturstudie, som baserar sig på tidigare forskningar om motionsrådgivning. Den empiriska delen utgörs av en kvalitativ intervju och intervjuerna analyseras med hjälp av innehållsanalys. Med hjälp av dessa metoder skall studiens frågeställningar besvaras. Den teoretiska referensramen består av synen på hälsa, den transteoretiska modellen och den social-kognitiva teorin.

2 BAKGRUND

I kapitel 2.1 redovisas några forskningar som fungerar som bakgrund till masterarbetet. Forskningarna handlar om fysisk aktivitet, finländarnas motionsvanor och samarbete inom motionsrådgivning. Forskning om enbart motionsrådgivning redovisas i samband med den systematiska litteraturstudien i resultatkapitlet (kapitel 9). I kapitel 2.2 ingår en beskrivning av på vilket sätt fyra städer i Finland har organiserat sin motionsrådgivning. Beskrivningen av motionsrådgivningen i olika städer baserar sig på hur läget såg ut våren 2010. Urvalet av städerna är gjort på basen av olikheter i organiserandet av motionsrådgivningen.

2.1 Tidigare forskning

Det har forskats mycket kring finländarnas motionsvanor. Som resultat från dessa kan det konstateras, att det skett förändringar i den hälsofrämjande motionen. Under de senaste 30 åren har fritidsmotionen ökat, medan nyttomotionens andel har minskat. Av

den vuxna befolkningen i Finland är 30-45 åringar och personer över 75 år mest fysiskt passiva, medan de fysiskt aktivaste finns i åldern 60-75 år. (Fogelholm et al. 2007:3-4)

Vuxna (19-65-åringar) rör på sig allt mer och allt intensivare än tidigare. Att motionera är ett medvetet sätt att ta hand om sitt välmående och sin hälsa. Finländarnas livsstil är för tillfället ganska hektisk och idrottsgrenar som passar denna levnadsstil är gång, cykling och konditionssalsträning. Dessa idrottsgrenar blir allt populärare bland den vuxna befolkningen i vårt land. Även seniorernas (66-79-åringar) motionerande har ökat betydligt. Seniorerna har hittat konditionssalarna och träandet har blivit allt intensivare. 65 % av seniorerna i vårt land motionerar minst fyra gånger i veckan. De mest populära idrottsgrenarna är gång, cykling, stavgång, skidning, gymnastik, simning och konditionssalsträning. (Kansallinen liikuntatutkimus)

En fungerande motionsrådgivning förutsätter gemensamma målsättningar och effektivt samarbete av personalen. Samarbetet med stadens olika sektorer är viktigt, såsom också samarbetet med privata och tredje sektorn. (Koivuniemi & Suutari 2010:6) Mångprofessionellt samarbete är viktigt inom social- och hälsovårdssektorn. Samarbete mellan professionella inom olika yrkesgrupper torde försäkra bättre och jämlikare resultat inom vård- och beslutsfattningsarbetet både från klientens och de professionellas synvinkel. Att arbeta i team har också blivit allt vanligare i olika organisationer samt vid utbildningen av professionella inom hälsovårdssektorn. (Nikander 2003:279)

Den hemvård som social- och hälsovården tillsammans förverkligar, främjar såväl sjukskötarens som läkarnas och hemtjänstens arbetares förståelse för klientens helhetssituation. Samarbetet förstärker deras gemensamma verksamhetssätt genom att stöda klienten att klara av sin vardag. Både den gemensamma planeringen och informationsgången blir effektivare tack vare samarbetet. Detta kommer fram i en doktorsavhandling gjord av Eloranta (2009). Resultaten i doktorsavhandlingen visar också, att samarbetet mellan olika yrkesgrupper kan leda till spänningar och konkurrenssituationer, som tidvis kan försämra samarbetet. Eloranta konstaterar, att det finns klara utmaningar i samarbetet med professionella inom hälsovårdssektorn. Dessa är informationsgången som ofta är alltför hierarkisk uppbyggd, bristen av ett gemensamt

klientregister, arbetarnas brådska i sitt arbete, arbetarna byts ut ofta och bristen på gemensamma samt konkreta målsättningar.

Gruppens struktur och olika gruppprocesser har betydelse vid samarbete. Här ingår t.ex. gruppstorleken, stöd från organisationen, mötesförfarande och målsättningar. Att arbeta i team inom hälso-och sjukvården är ett effektivt sätt att nå målsättningar och att få goda resultat till stånd. Möjligheterna att arbeta i team kan vara komplicerade och det utnyttjas ej till fullo. (Zyrichis & Lowton 2005)

2.2 Motionsrådgivningen i fyra städer i Finland

En stillasittande livsstil är ett stort folkhälsoproblem och därför är det viktigt att utveckla metoder för att främja fysisk aktivitet. Utmaningen med motionsrådgivningsarbetet är inte att locka de personer som redan motionerar. Det svåra är att kunna nå de personer som är fysiskt inaktiva. Under de senaste åren har man börjat förknippa motionsrådgivning mer och mer med hälsofrämjande arbete. Enligt WHO klassificeras låg fysisk aktivitet som en av den främsta faktorn som orsakar sjukdomar och för tidig dödlighet. Tillsviare finns det endast få fungerande modeller av hur motionsrådgivning förverkligas och oftast finns det erfarenhet endast av kortvariga projekt, som inte blivit hållbara i längden. Trots det har det konstaterats att det finns behov av motionsrådgivning såväl i större städer som i mindre kommuner i vårt land. (Koivuniemi & Suutari 2010:6)

Motionsrådgivningen hör till Esbo Idrottstjänsters och den ledda motionens verksamhet (se Tabell 1). Det innebär att stadens idrottsinstruktörer regelbundet en gång i månaden ger motionsrådgivning på fasta rådgivningsstationer på olika ställen i Esbo antingen i hälsocentraler, bibliotek eller i köpcentrum. Mottagningen är gratis och öppen för alla, vilket betyder att man får komma utan tidsreservering. Idrottsinstruktören har med sig aktuellt material och broschyrer. Via erfarenhet och statistik över besökarna, vet man att alla ställen inte drar kunder lika bra. Motionsrådgivningen i köpcentret Iso Omena i Mattby besöks av betydligt fler kunder än motionsrådgivningen på andra ställen. Motionsrådgivning ges även via en telefonjour som är öppen alla vardagar. Dessutom är idrottsinstruktörerna på plats vid olika evenemang i staden för att sprida

information om motion. Dessa evenemang lockar kunder på olika sätt. För att öka antalet besökare inom motionsrådgivningen har man delat ut gratis biljetter, så att kunderna har fått komma och bekanta sig med den ledda motionens utbud. Hösten 2010 inleddes ett försök med individuell motionsrådgivning på Alberga hälsocentral. Den individuella motionsrådgivningen innebär att personalen på hälsocentralen har fått boka tid och har skickat sina patienter med remiss till en motionsrådgivning, som getts av en idrottsinstruktör. Detta försök har fungerat bra. Hittills har idrottsinstruktören kunnat ta emot tre klienter per vecka och alla tider har varit bokade. Hösten 2011 kommer den individuella motionsrådgivningen att fungera på alla fem storområden i Esbo stad (Alberga, Hagalund, Esboviken, Esbo centrum och Mattby-Olars).

Exemplet på hur motionsrådgivningen är organiserad i Esbo är bara ett exempel på hur förverkligandet kan ske. I Vanda är motionsrådgivningen organiserad på två olika sätt (se Tabell 1). Det finns både motionsapotek på hälsocentraler och allmänna motionsrådgivningsplatser. Till ett besök på motionsapoteket bör klienten beställa tid och all information dokumenteras i kundregistret. Motionsapoteken är speciellt riktade till personer över 40 år med diabetes typ 2. De allmänna motionsrådgivningsplatserna är öppna för alla, ingen tidsreservering behövs och informationen dokumenteras ej. Ett problem i Vanda är att informationsflödet på hälsocentralerna är långsamt. All personal anser att motionsrådgivningen är bra och att den behövs, men trots det finns det alltför få klienter. (Pakarinen)

I Lahtis fungerar motionsrådgivningen på två olika sätt (se Tabell 1). **LIKKUVA LAHTI-** motionsrådgivningen är öppen för alla och rådgivningen ges på olika ställen runt om i staden, där det marknadsförs olika motionsmöjligheter. I denna verksamhet finns olika teman såsom mätningar (fett%, balanstest) och information om olika motionsmöjligheter. Denna typ av motionsrådgivning ordnas även under olika evenemang i staden. En annan form av motionsrådgivning är en **LIKU-**remiss, som klienten får av läkare eller vårdare på hälsocentralen. Med remissen kan klienten få en tid och komma till individuell motionsrådgivning till en idrottsinstruktör. Tillsammans med idrottsinstruktören görs en individuell motionsplan, som utgår från klientens behov, livssituation, hälsa och motivation. Klientens besök registreras i ett Pegasos-kundregister, så att personalen på hälsocentralen också känner till att klienten fått

motionsrådgivning samt hurudant innehåll motionsplanen har. Så småningom har också läkarna lärt sig använda tjänsten. (Packalén-Vehko)

I Nurmijärvi skriver hälsovårdarna och läkarna remisser till motionsrådgivning (se Tabell 1). I remissen skall kriteriet tydligt finnas utskrivet enligt vilket klienten skall få sin motionsrådgivning. Klienten beställer motionsrådgivningstid från fysioterapin och ifall klienten lider av metaboliskt syndrom, högt blodtryck eller övervikt, skickas klienten vidare till en idrottsinstruktör. Ifall klienten har problem i stöd- och rörelseorganen eller är i hög ålder, fås motionsrådgivningen från fysioterapin. Alla klienter som kommer till motionsrådgivningen fyller i en blankett med bakgrundsinformation och man kartlägger tillsammans utgångspunkten med olika test. Klienten får en uppföljningstid 3-6 månader senare och då kontrolleras vilka förändringar som skett och hur man skall fortsätta med motionerandet. (Ahonen)

Motionsrådgivningen är olika i olika städer i vårt land, men oberoende av hur motionsrådgivningen är organiserad och hur den fungerar så är den gemensamma målsättningen med all motionsrådgivningsverksamhet att sprida kunskap om motionens betydelse för hälsan, att ge information om olika motionsmöjligheter samt att försöka nå nya motionärer.

Tabell 1 En uppställning av hur motionsrådgivningen på våren 2010 sett ut i fyra städer i Finland.

Stad	Hurudan motionsrådgivning?	Hur ofta?	Var?	För vem?	Vilka metoder?
Esbo	1) allmän 2) personlig 3) telefonjour	1) 1 gång/månad och under evenemang i staden 2) 3 klienter/vecka 3) öppen alla vardagar	1) vid hälso-centraler, i bibliotek, i köpcentrum, vid samservicekontoren, ges av idrottsinstruktörer 2) vid hälso-centraler, ges av en idrottsinstruktör	1) öppen för alla 2) för besökare vid hälsovårdscentralen 3) öppen för alla	1) informationsspridning med hjälp av aktuellt material och broschyrer, utdelning av gratis biljetter till ledd verksamhet, ingen uppföljning 2) personalen vid hälsovårdscentralen får boka tid till sina patienter, som med remiss får komma till motionsrådgivningen
Vanda	1) allmän 2) motionsapotek	1) varannan vecka 2) tidsbeställning	1) i simhallar, motionsrådgivningen ges av en idrottsinstruktör 2) vid hälsovårdscentraler, motionsrådgivningen ges av en idrottsinstruktör	1) riktad till 40 + åriga vandabor, för personer som är ovana att motionera 2) riktad till 40 + åriga personer med diabetes typ 2	1) informationsspridning, ingen uppföljning 2) användning av rekommendationer för hälsotion, motionsråd ges utgående från en intervju med klienten, utdelning av material, klientens besök registreras i klientregistret
Lahtis	1) Liikkuva Lahti 2) LIIKU-remiss	1) 1 gång/månad 2) vid behov	1) olika ställen runt om i staden och under olika evenemang 2) i idrottsinstruktörernas uttrymmen	1) öppen för alla 2) för besökare vid hälsovårdscentralen	1) informationsspridning om olika motionsmöjligheter, om hälsofrämjande motion och ledda grupper 2) Tillsammans görs en individuell motionsplan, som utgår från klientens behov, livssituation, hälsa och motivation, klientens besök registreras i ett kundregister
Nurmi-järvi	- remiss av läkare och hälsovårdare	- vid behov	- hos en fysioterapeut eller en idrottsinstruktör, beroende på vilka fysiska begränsningar klienten har	- för besökare vid hälsovårdscentralen	- klienterna som kommer till motionsrådgivningen fyller i en blankett med bakgrundsinformation och man kartlägger tillsammans utgångspunkten med olika test, klienten får en uppföljningstid 3-6 månader senare, då kontrolleras vilka förändringar som skett och hur man skall fortsätta med motionerandet

3 CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel ges definitioner på begrepp, som är centrala i masterarbetet. Begreppen är fysisk aktivitet, hälsofrämjande motion, hälsorådgivning, kommunikation och samarbete. Utgångspunkten för studien är hälsofrämjande motionsrådgivning, hur man får individer att bli fysiskt aktivare genom motionsrådgivning och med vilka metoder. För att förstå de begrepp som masterarbetets innehåll handlar om, så är en genomgång av begreppen på sin plats. I masterarbetet används ordet klient för personer som besöker motionsrådgivningen.

3.1 Fysisk aktivitet

I masterarbetet är begreppet fysisk aktivitet ett återkommande begrepp. Med fysisk aktivitet avses kroppsrörelse, som är en följd av skelettmuskulaturens sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning. Begreppet fysisk aktivitet innefattar således all kroppsrörelse under såväl arbetstid som fritid och alla olika former av kroppsovningar, gymnastik, motion och friluftsliv. Fysisk aktivitet har många positiva effekter på människors hälsa. (Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2007:8)

Enligt Vuori (1996:12) består fysisk aktivitet av musklernas funktion och rörelser, som musklerna producerar. Vuori säger, att fysisk aktivitet är ett mångsidigt begrepp, eftersom människor rör på sig av olika anledningar och i olika omgivningar och alla individer uppfattar rörelsen på olika sätt. All slag av rörelse har påverkan på människans fysiska, psykiska och sociala hälsa.

3.2 Hälsofrämjande motion

Såsom fysisk aktivitet så finns begreppet motion ofta nämnt i masterarbetet. Motion är en form av fysisk aktivitet. Hälsofrämjande motion definieras som all fysisk aktivitet, som har positiva effekter för hälsan. Målsättningen med den hälsofrämjande motionen är inte att förbättra prestationsförmågan, utan att uppnå god kondition och hälsa. Då den hälsofrämjande motionen har önskad effekt, klarar människan av sina dagliga rutiner utan större ansträngning och risken att insjukna i olika sjukdomar är mindre. (Tietoa terveysliikunnasta)

Enligt social- och hälsoministeriet skall hälsofrämjande motion främja hälsan. Riskerna för att skada sig skall vara små. Det koncentreras inte enbart på att träna upp individens fysiska egenskaper, utan lika viktiga är de psykiska och sociala egenskaperna. Kvalitetsmässigt skall den hälsofrämjande motionen vara mångsidig och trygg. Motionen skall utveckla funktionsförmågan, den skall sporra till självständigt förfarande och initiativtagande i motionerandet. Framförallt skall det vara roligt att motionera. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:13)

I sjukskötarens handbok om hälsotion talas det om vilka positiva effekter det har att vara fysiskt aktiv. Regelbunden och mångsidig motion är bra för hjärtat, blodcirkulationen och stöd- och rörelseorganen. Motionen håller människan friskare hela livet ut. Fysisk aktivitet förebygger försämring av rörelse- och funktionsförmågan. Det förebygger också fallolyckor. Hälsofrämjande motion förebygger många folksjukdomar och minskar risken till för tidig död. Motion hindrar framskridandet av många långtidssjukdomar, främjar tillfrisknande och gör att många mediciners effekt blir bättre. Motion motverkar den skörhet som ålderdomen hämtar med sig. Genom motion framskrider många sjukdomar långsammare och motion hjälper till att upprätthålla funktionsförmågan. Det är aldrig för sent att börja motionera, eftersom motion ger många positiva effekter för äldre som är fysiskt aktiva. (Rinne 2010)

3.3 Hälsorådgivning

Då man främjar hälsa på individnivå strävas det till att påverka människan och hennes beteende. En preventiv handlingsform inom hälsofrämjandet är hälsofostran, eftersom den riktar sig mot att göra förändringar i ett beteende. Rådgivning är en form av hälsofostran, vilken utgör en viktig del av innehållet i masterarbetet och därför beskrivs begreppet tydligare. Rådgivningen innehåller växelverkan och kommunikation mellan minst två personer. Rådgivning kan innebära att den professionella lyssnar på klienten, att man diskuterar tillsammans, ger stöd och uppmuntran samt att man är till hands för klientens behov. Målsättningen med rådgivningsarbetet är en förändring av något slag och att stöda klienten vid att vänja sig vid förändringen. Den person som ger rådgivning skall kunna motivera och stöda klienten under hela förändringsprocessen. Rådgivningssituationen präglas av både

klientens och den professionellas tankar, känslor och attityder. (Kettunen et al. 1996: 98-101, Laine et al. 1999:247-248)

Då man fastställer målsättningen med hälsorådgivningen, behövs det mångsidig information. Planeringen av rådgivningen börjar från att granska klientens behov. Enligt behovskartläggningen kan man faställa målsättningen. Klientens bakgrund är viktig att klarlägga, t.ex. i form av intervju eller ifyllande av frågeformulär. I planeringen av rådgivningen behövs det kunskap om olika metoder, som fungerar bäst i just denna rådgivningssituation. Den person som ger rådgivningen bör på förhand fundera ut var, när och hur rådgivningen sker. Det är också viktigt att klarlägga hur mycket tid det behövs för rådgivningen och hur många gånger rådgivningssituationen skall upprepas.

I en artikel i Suomen Lääkärilehti (Lappalainen & Koikkalainen 1998) konstateras det, att målsättningen med hälsorådgivningen är att öka kunskapen och motivationen för att klienten skall kunna förändra sitt beteende i en hälsosammare riktning. Trots att många klienter litar på den information som ges av de professionella inom hälso- och sjukvården, så leder rådgivningen inte alltid till önskade resultat. Orsaken till detta kan exempelvis vara det sätt på vilket rådgivningen ges, eller klientens egna förväntningar och egen inställning. Hälsorådgivningen borde alltid kunna påverka klienten helhetsmässigt. Detta innebär, att rådgivningen skall ha effekter på klientens hälsa, hälsobeteende, tankar, förväntningar, känslor, fysiologiska reaktioner och handlingar.

Savola & Koskinen- Ollonqvist (2005:78) säger, att hälsorådgivningen sprider kunskap, främjar hälsa, förebygger sjukdomar, vårdar och rehabiliterar. Hälsorådgivning är speciellt viktigt då man önskar sprida information om faktorer som har betydelse för befolkningens hälsa. Med hjälp av hälsorådgivning kan man förstärka myter och förhållningssätt angående hälsan och motivera individer att leva hälsosammare.

3.4 Kommunikation

I en rådgivningssituation, så som i motionsrådgivning, är kommunikationen en väsentlig del. Kommunikation innebär både verbal och nonverbal växelverkan. Den verbala kommunikationen består av såväl skriftlig som muntlig form. Den nonverbala kommunikationen består exempelvis av olika gester, sinnesintryck, känslor och miner.

Den nonverbala kommunikationen påverkas av bl.a. kulturarv, socioekonomisk bakgrund, utbildning och ras. Den nonverbala kommunikationen kan vara mycket olika i olika kulturer. I en situation där det råder växelverkan mellan personer sker det både verbal och nonverbal kommunikation. Språket påverkar kommunikationen, vilket kan synas i form av olika symboler, koder och regler med hjälp av vilka klienten uttrycker sina tankar och känslor. I kommunikationen behövs minst två aktiva personer. (Kettunen et al. 1996:52-53)

I kommunikationen är inte enbart det som sägs viktigt, utan hur man uttrycker sig är minst lika viktigt, så att informationen ska gå fram till klienten. Inom hälsokommunikation är möjligheten att påverka betydelsefull. Frågor så som vem eller vad man vill påverka och på vilken nivå påverkningen ska ha effekt är väsentliga. Då det gäller hälsokommunikation och syftet att förändra, så kan förändringen ha att göra med kunskap, beteende och attityder. Att få till stånd förändringar i beteende och attityder är svårt. Ett bra exempel är att rökare nog är medvetna om riskerna med tobaksrökning men röker trots det. Man skall komma ihåg att en beteendeförändring är en tidskrävande process. (Torkkola et al. 2002:11, 19-20).

3.5 Samarbete

Samarbete mellan olika yrkesgrupper är viktigt i motionsrådgivning. Olika yrkesgrupper inom hälsovården samarbetar då man försöker främja klientens hälsa. Samarbete över sektorgränser är viktigt då man utvecklar tjänster. Det finns stora skillnader i kvaliteten och tillgången på service samt i aktiviteten när det gäller utvecklingsarbetet. Samarbete är alltså ett nyckelord som kan förbättra och effektivera produktion av olika tjänster.

Fråga 3 i masterarbetet handlar om motionsrådgivning och samarbetet mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter. Idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna hör till skilda sektorer i Esbo stad. Idrottsinstruktörerna hör till bildningssektorn och resultatenheten för idrottstjänster. Fysioterapeuterna hör till social- och hälsovårdssektorn. Genom samarbete mellan olika sektorer kan man utveckla effektiva och nya tillvägagångssätt för att främja hälsan med hjälp av motion.

Social- och hälsovårdsministeriets mål är att öka samarbetet som överskrider organisations- och förvaltningsgränserna, vilket är en fördel för klienterna. I planeringsarbetet krävs ett nytt tänkesätt som tillgodoser kommuninvånarnas behov samtidigt som det främjar en kostnadseffektiv tjänsteproduktion. Utvecklingsprojekten inom social- och hälsovården har gett många goda resultat och praxis, men man har inte lyckats etablera de nya verksamhetssätten runt om i Finland på önskat sätt. (Social- och hälsovårdsministeriet och Tekes söker nya serviceenheter för social- och hälsovården)

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) definierar de allmänna utvecklingsmålen för social- och hälsovården och åtgärderna för att nå dem för åren 2008-2011. Det huvudsakliga målet är att öka människornas delaktighet, hälsa och välbefinnande, att minska social utslagning och förbättra kvaliteten och tillgången på service och dess effektivitet samt att minska regionala skillnader. Kommunerna och samkommunerna kan årligen få statsunderstöd för utvecklingsprogram inom social- och hälsovården. (Kaste-ohjelmasta hyviä tuloksia)

Samarbetet inom social- och hälsovården är ett viktigt redskap i arbetet att ta emot och klara av nya utmaningar som social- och hälsovården står inför. Målsättningen med samarbetet är att organisera klientens vård på ett sätt som bäst motsvarar klientens behov och önskemål. I samarbetet möts personer från olika yrkesgrupper som är experter inom sitt eget område. Den gemensamma kunskapen leder till mycket mer än vad de ensamma kan åstadkomma. Samarbetet leder till effektiv användning av resurser, det ökar vårdens kontinuitet och möjliggör ett effektivt byte av de professionellas olika åsikter och synpunkter. (Eloranta 2009)

Lyckad motionsrådgivning är beroende av på vilket sätt olika tjänster i kommunen är samordnade och det förutsätter samarbete med professionella inom olika yrkesgrupper. Då det gäller planering och förverkligande av motionstjänster i städer och kommuner är det mycket viktigt att idrottssektorn, social- och hälsovården samt föreningar och förbund samarbetar. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004:14) Enligt idrottslagen 1054/1998 skall kommuner i Finland skapa förutsättningar för invånarna att idka motion. Genom samarbete mellan olika sektorer kan man utveckla nya tillvägagångssätt för att främja hälsan med hjälp av motion. (Idrottslagen 1054/1998)

4 MOTIONSRÅDGIVNING

Det finns olika definitioner på motionsrådgivning. För att komma in i ämnet och förstå masterarbetets innehåll, presenteras i detta kapitel motionsrådgivningen enligt gängse vård rekommendationer, enligt vårdpersonalens egen databas (Terveysportti) och enligt UKK- institutet. Avslutningsvis förklaras exempel på fysisk aktivitet på recept och rekommendationer om fysisk aktivitet enligt gängse vård.

4.1 Motionsrådgivning enligt gängse vård rekommendationer

Läkaren har en central roll vid utvärderingen av behoven av fysisk aktivitet och vid att motivera sin klient att börja motionera. De professionella inom hälsovårdssektorn och inom idrottsbranschen samarbetar i motionsrådgivningen. De ger individuella motionsråd och sköter om uppföljningen. Motion som idkas på rätt sätt har endast få hälsorisker. Personer utan några symptom behöver ej genomgå hälsogranskning för att börja motionera. De kan tryggt börja motionera på en lätt eller på en medelnivå. Ifall personen lider av någon sjukdom eller har några symptom, bör man besöka läkare innan man börjar motionera på en högre nivå än vad de vardagliga sysslorna kräver. (Terveysportti)

4.2 Motionsrådgivning enligt vårdpersonalens egen databas

Enligt vårdpersonalens databas (Terveysportti) är motionsrådgivning en process, i vilken man stöder klienten att förändra sina motionsvanor i en positiv riktning. Målsättningarna med motionsrådgivningen är personliga och de bestäms enligt i vilket läge klienten befinner sig i då man börjar. Motionsrådgivningen kan i början endast handla om att väcka intresse. En person som är villig att ändra sina motionsvanor och som har positiva erfarenheter av att motionera, kan ha realistiska målsättningar med att öka sin motion. Man hjälper klienten att hitta egna sätt att förverkliga förändringen. Systematisk motionsrådgivning är en process, i vilken man försöker nå speciella målsättningar. Processen avancerar steg för steg i samband med rådgivningsträffarna.

I arbetet hjälper följande principer:

- Assess: Att utvärdera den nuvarande motionsaktiviteten. Färdighet förändrar motionsvanor, kunskap och attityder.
- Advice: Ge information om fördelarna att motionera, om lämpliga motionsformer, hur mycket man skall motionera och om hälsoriskerna.
- Agree: Ställ tillsammans med klienten personliga målsättningar och gör en konkret plan.
- Assist: Hjälp klienten att känna igen hinder för motionerandet och sätten hur de kan övervinnas. Hjälp klienten att hitta lämpliga motionstjänster.
- Arrange: Gör en tidsplan över uppföljningsträffarna och planera på vilket sätt uppföljningen skall ske.

För att effektivera metoderna i motionsrådgivningen kan man använda sig av olika hjälpmedel. Dessa kan vara broschyrer med information om motion, fysisk aktivitet på recept, konditionstest och stegmätare. Genom uppföljning är resultaten av motionsrådgivning mer hållbara. Uppföljning i motionsrådgivning visar, att den professionella är intresserad att få veta hur det går med klientens motionerande. Den professionella är också redo att vid behov ge stöd för att målsättningarna kan uppnås. Ju mindre van klienten är att motionera, desto oftare bör uppföljning ske. De flesta klienter behöver stöd åtminstone ett halvt år framåt. Uppföljning betyder inte alltid att man behöver träffas personligen. Uppföljning kan ske genom telefonsamtal, per sms, e-post eller internet. (Aittasalo 2010)

4.3 Motionsrådgivning enligt UKK-institutet

Med termen motionsrådgivning menas hälsorådgivning, vars innehåll har att göra med motionens betydelse för hälsan. Motionsrådgivning är hälsofrämjande verksamhet och syftet med motionsrådgivning är att sprida information om motion och att få människor att röra på sig. Genom att gå igenom grundläggande saker med en professionell görs en individuell motionsplan och möjligheterna för individen att röra på sig blir bättre. Det är viktigt att kommunen bestämmer och definierar hur motionsrådgivningen ser ut, så att läkaren eller hälsovårdaren vet vart man kan skicka

sin klient. Personalen bör ta reda på vem som har den bästa informationen om motionsmöjligheterna på området så att man får tag på aktuell information.

Motionsrådgivning enligt UKK-institutet:

- verksamhet som strävar efter att informera kunden om möjligheterna att motionera i den egna omgivningen och att ge information om vilka motionsmöjligheter som erbjuds av stadens idrottstjänster
- verksamheten utgår från individens behov och det skall stöda det individuella motionerandet
- målsättningen med den individuella rådgivningen och formerna utgår från individens livssituation, hälsotillstånd och hur motiverad personen är att börja motionera
- ifall personen som kommer till motionsrådgivningen har motionerat tidigare, är det betydligt lättare att ge råd, motionsrådgivningen kan vara en diskussion om lämpliga motionsformer
- personer som skickas från hälsovårdaren till motionsrådgivningen är ofta individer som har problem med sin hälsa (övervikt, diabetes, högt blodtryck)
- effektiv motionsrådgivning förutsätter att verksamheten fungerar, metoderna är klara och samarbetet mellan personalens olika sektorer är medveten om verksamheten

4.4 Exempel på hur fysisk aktivitet på recept kan se ut

Liikkumisresepti har utvecklats i Finland. Det är menat för läkare att använda som hjälpmedel i motionsrådgivningen.

I *Liikkumisresepti* finns nämnt:

- mängden av fysisk aktivitet just nu (är den tillräcklig med tanke på god hälsa)
- målsättningar
- anvisningar om rekommendation om motion (grenar, hur ofta man skall motionera, intensitet, längd)
- tilläggsanvisningar
- utvärdering och uppföljning

Liikkumisresepti är gjord för att underlätta arbetet i motionsrådgivningen. Läkare skolas till att ge motionsrådgivning. Läkare är medvetna om gällande rekommendationer i fysisk aktivitet. (*Liikkumisresepti*)

I Sverige har man utvecklat en liknande arbetsmetod som kallas *Fysisk aktivitet på recept*. *Fysisk aktivitet på recept* innebär, att man ordinerar fysisk aktivitet på liknande sätt som ett läkemedel, d.v.s. tar upp anamnes, ger ordination på en receptblankett samt följer upp behandlingsresultatet. *Fysisk aktivitet på recept* kan användas både i förebyggande och behandlande syfte. Innehållet är motsvarande som i *Liikkumisresepti*. *Fysisk aktivitet på recept* är ett komplement till eller ersättning för läkemedel. Den som skriver ut recept ska ha god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälsotillstånd. Handledd verksamhet stöder individen att förverkliga sitt recept i praktiken. Uppföljningen inom hälso- och sjukvården är viktig för att målsättningarna skall nås. (*Fysisk aktivitet på recept*)

Såsom i Finland och Sverige arbetar man också i Danmark med att skriva recept på fysisk aktivitet. I Danmark finns två olika modeller för detta. I Danmark heter det *Motion på recept* och ett tillvägagångssätt är att läkare skriver ett recept till en fysioterapeut, som genomför motionsaktiviteten med klienten. Det finns också receptförskrivning till aktiviteter hos t.ex. idrottsföreningar. Man använder sig även av en fysiotekmodell, vilket innebär att läkaren skickar patienten till ett fysiotek där en idrottsutbildad person tar emot för ett samtal om fysisk aktivitet med klienten för att därefter tillsammans hitta rätt aktiviteter. (*Motion på recept*)

4.5 Rekommendationer om fysisk aktivitet enligt gängse vård

Rekommendationer enligt gängse vård innebär nationella behandlingsrekommendationer, som baserar sig på forskningsresultat, för att stöda beslutsfattandet inom hälsovården och för patientens bästa. Behandlingsrekommendationerna fungerar som ett stöd i läkarens arbete och som en grund då man gör upp regionala behandlingsprogram. Rekommendationerna är praktiskt tillämpbara i Finland och kan innehålla motiverade ställningstaganden även i sådana betydande frågor inom hälsovården där man inte har vetenskapliga bevis eller inte kan

få sådana. Med hjälp av dem kan kvaliteten på vården förbättras och variationerna i gängse vård minskas. (Käypähoito)

Rekommendationer om gängse vård och UKK- institutet kommer till samma slutsatser om rekommendationer om fysisk aktivitet för friska vuxna och äldre. Motionskakan (Figur 1) visar rekommendationen för den hälsofrämjande motionen per vecka. Motionskakan är riktad till friska personer från 18 till 64 år. Motionskakan publicerades första gången år 2004. Motionskakan används mycket inom motionsrådgivning. Den används som hjälpmedel då man vill påverka människors motionsbeteende. (Liikkumissuosituksia) Det viktigaste är att undvika fullständig fysisk passivitet. För personer som inte motionerat tidigare, skall man inte sätta för höga mål, eftersom målsättningarna också ofta då är orealistiska.

Motionsrekommendationer enligt UKK- institutet och vårdpersonalens egen databas (Terveysportti):

Friska vuxna i åldern 18-64 år:

- uthållighetsträning, t.ex. gång i rask takt minst 2,5 h per vecka eller motion som motsvarar jogging 1 h 15 min per vecka
 - motionerandet kan förverkligas i flera omgångar, men minst 10 min per gång
 - rekommendationen kan förverkligas genom att också träna tyngre
 - man borde motionera under flera dagar, minst 3 dagar i veckan
- muskelkonditionsträning minst två dagar i veckan
- ifall man motionerar mer än vad minimirekommendationer säger, så ökar hälsoeffekterna
- utöver uthållighetsmotion rekommenderas det två gånger i veckan motion, som upprätthåller eller förbättrar muskelstyrkan. Lämpliga idrottsgrenar är konditionssalsträning, gymnastik, streckning och dans.

Personer i åldern 65+ :

- uthållighetsmotion
- rörlighetsträning

- motion som upprätthåller och förbättrar balansen

Då äldre individer motionerar hålls bland annat muskelstyrkan och muskeluthålligheten på en högre nivå. Motion hos äldre förebygger osteoporos, förbättrar balanssinnet och rörligheten. Fysisk aktivitet påverkar de kognitiva funktionerna positivt.



Figur 1 Motionskakan. Rekommendation för hälsomotion. (UKK-institutet)

5 SYFTET OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med masterarbetet är att utveckla motionsrådgivningen för vuxna och äldre i Esbo stad. Meningen är att masterarbetet kan utnyttjas av de personer som arbetar med motionsrådgivning som grund för vidareutveckling av verksamheten. Studien syftar också till att utreda centrala principer för ett förbättrat samarbete av motionsrådgivning mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i Esbo stad.

Studiens frågeställningar:

- Vilka metoder i motionsrådgivning främjar vuxna och äldre att bli fysiskt aktivare?
- Vad är viktigt i uppföljningen av motionsrådgivning för vuxna och äldre?
- Hurudant samarbete kräver en väl fungerande motionsrådgivning av idrottsinstruktörer och fysioterapeuter?

6 TEORETISK REFERENS RAM

Detta kapitel beskriver det teoretiska perspektiv som masterarbetet har. Teorierna är utvalda utgående från vad som stöder fysisk aktivitet, motionerande och hälsorådgivning. Utgående från den teoretiska referensramen vill man påvisa att masterarbetet har en hälsofrämjande inriktning. Synen på hälsa är viktig i den teoretiska referensramen för att visa att masterarbetet har ett hälsofrämjande synsätt. Den transteoretiska modellen visar på vilket sätt människan reagerar vid en beteendeförändring, vilket bör tas i beaktande vid planeringen och utförandet av motionsrådgivningen. Den social-kognitiva teorin används ofta tillsammans med den transteoretiska modellen i främjandet av fysisk aktivitet och har därför valts med i denna studie. I arbetet med motionsrådgivning är människans beteende viktigt när det gäller beteendeförändringar och livsstilsförändringar. Därför har en teori som stöder hälsobeteendet valts i studien.

Den teoretiska referensramen används som stöd då studiens frågor besvaras och är utgångspunkt såväl i innehållsanalysen som då resultaten redovisas och i diskussionen.

6.1 Synen på hälsa

Masterarbetet har ett hälsofrämjande synsätt och därför används synen på hälsa som en del i den teoretiska referensramen. Masterarbetet har en humanistisk inriktning på hälsosynen, eftersom utgångspunkten är hälsa, inte sjukdom. Hälsa ses som något mer än endast frånvaro av sjukdom. I masterarbetet utgår man från att människan själv är

aktiv och fungerar i samspel med sin omgivning. I masterarbetet går det inte desto djupare in på någon speciell hälsoansats.

WHO:s definition på hälsa från år 1948, är att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Vid Ottawa- konferensen år 1986 utvidgade WHO definitionen till en teori, som innefattar vad hälsa som resurs kan bidra till eller vad som upprätthåller hälsa. Sundsvallskonferensen år 1991 bidrog till en vidare utveckling av definitionen, som nu betonade att hälsa är en föränderlig process, som behövs för att uppnå målsättningar i livet. WHO betonar, att hälsa är en mänsklig rättighet, som alla människor bör ha tillgång för. En ytterligare utveckling av definitionen skedde vid WHO:s möte i Jakarta år 1997, där man lyfte fram att hälsa också behövs för en social och ekonomisk utveckling i världen. Den traditionella definitionen på hälsa av WHO och andra definitioner, som utvecklats från den konstaterar, att hälsa inte endast är frånvaro av sjukdom, utan att hälsa framförallt ger möjlighet, förutsättningar och funktionsförmåga att fungera självständigt och enligt egna behov. (Medin & Alexandersson 2000:65-69)

Begreppet hälsa och synen på hälsa kan inte förklaras enkelt och på ett entydigt sätt, eftersom det förklaras olika inom olika vetenskaper. WHO:s definition på hälsa har ofta kritiserats för att dess målsättning är omöjlig att nå. Förutom den fysiska, psykiska och sociala indelningen, bör en andlig och emotionell dimension beaktas, vilka finns nära den psykiska hälsan. Dessa har att göra med behärskning av känslor och en andlig ro över att vara nöjd med sig själv. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005:10-11)

Synen på hälsa är mångsidig och indelningen av hälsan i olika kategorier är beroende av inriktningen. Den biomedicinska inriktningen ser hälsa som motsats till sjukdom, medan den humanistiska inriktningen innehåller olika syn på samband mellan hälsa och sjukdom. (Medin & Alexandersson 2000:39-41)

6.2 Den transteoretiska modellen

Den transteoretiska modellen har i masterarbetet valts till den teoretiska referensramen, eftersom den är användbar för att beskriva ett mänskligt förändrat beteende.

Den transteoretiska modellen är utvecklad av forskarna Prochaska, DiClemente och Norcross i början på 1980-talet. Modellen följer vissa steg oavsett på vilket sätt man försöker förändra ett beteende. Modellen innehåller sex olika stadier, som alla är viktiga i processen mot en beteendeförändring. Ideén är den att en individ alltid går igenom de olika stadierna innan beteendet kan förnyas. Beteendeförändringen är en process och inte en enskild händelse. Modellen tar i beaktande att individer är olika motiverade eller färdiga för förändringar.

De olika stadierna i den transteoretiska modellen är (Nutbeam & Harris 2005):

1. Förnekelsestadiet
2. Begrundandestadiet
3. Förberedelsestadiet
4. Handlingsstadiet
5. Kontinuitetsstadiet
6. Vidmakthållandestadiet

I förnekelsestadiet har individen ännu inte några tankar på att förändra sitt beteende. I begrundandestadiet har individen börjat fundera på en möjlig förändring och vilka fördelarna med ett förändrat beteende skulle vara. Det tredje stadiet, förberedelsestadiet, utmärks av att individen är redo att förändra sitt beteende och har möjligtvis redan tagit initiativ i den önskade riktningen, men trots det så finns det tankar om vilka hinder och problem som finns på vägen. I handlingsstadiet är beteendeförändringen påbörjad. I det sista stadiet, som heter kontinuitetsstadiet, är det nya beteendet redan en naturlig del av individens livsstil och individen gör sitt allt för att upprätthålla det. Det finns dock ännu en risk för tillbakagång. Man talar ännu om ett sjätte stadium, vidmakthållandestadiet, som betyder att individen totalt har förnyat sitt beteende. Beteendet känns naturligt och sker automatiskt. (Nutbeam & Harris 2005:16-17)

Målsättningen är att komma upp till vidmakthållandestadiet, så att individen inte mer vill gå tillbaka till gamla ohälsosamma vanor. Modellen beskriver olika sätt att påverka individer som finns på olika stadier i processen och på vilket sätt man kan påverka framskridandet på önskvärt sätt. Olika stadier kräver olika sätt att påverka. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005:51)

6.3 Social-kognitiv teori

Tillsammans med den transteoretiska modellen är den social-kognitiva teorin lämplig och därför har den valts att användas i denna studie. Den social-kognitiva teorin är utvecklad från social learning theory och är mycket använd inom hälsofrämjande arbete, eftersom den betonar underliggande determinanter för hälsobeteende och metoder för att främja förändringar i beteendet. Med hjälp av teorin kan man känna igen individens tro, värden och självförtroende, vilka avgör ett visst beteende. Teorin hjälper till att identifiera betydelsen av både sociala normer och omgivningen, som har betydelse och påverkar det egna beteendet. Många forskare har använt sig av social- kognitiv teori, men den är främst utvecklad av Albert Bandura. Den social- kognitiva teorin grundar sig på en interaktion mellan individen och omgivningen. Teorin har också som fokus intresset hur individen och omgivningen påverkar varandra. Tidig psykosocial forskning fokuserade på sättet som en miljö formar beteende genom att göra det mer eller mindre fördelaktigt att bete sig på ett visst sätt. (Nutbeam & Harris 1999:19-20,22)

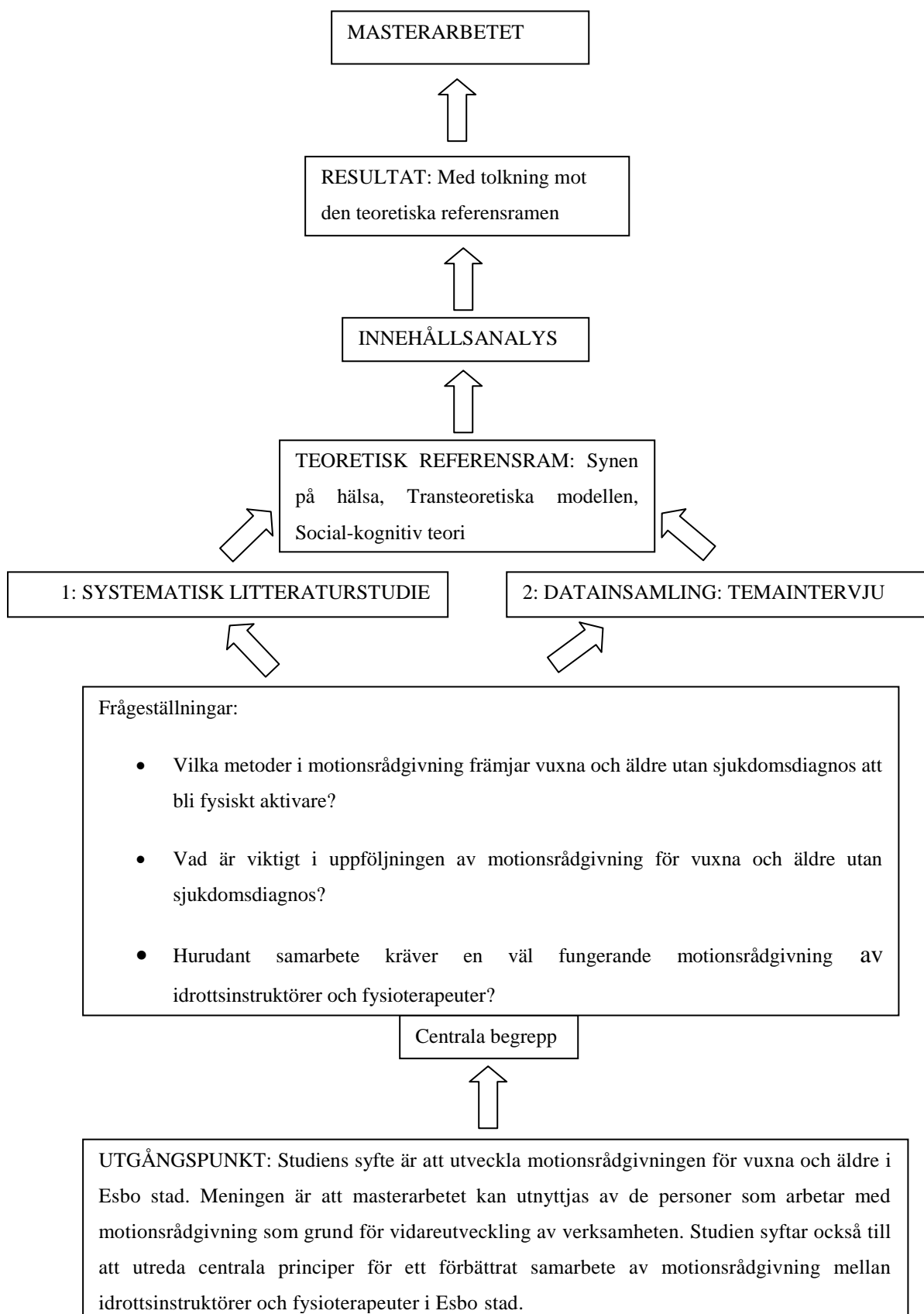
Bandura säger, att individen, omgivningen och beteendet ständigt samspelar och påverkar varandra. Förståelsen av denna interaktion och sättet hur sociala normer påverkar beteendet, ger oss en insikt på hur beteendet modifieras i hälsofrämjande interventioner. Förutom förhållandet mellan beteende och omgivning säger Bandura, att individuella kognitiva faktorer påverkar beteendet. Bandura tar upp tre viktiga kognitiva delar. För det första är det förmågan att lära sig genom att observera andras beteende och belöning som man får från olika mönster för beteende. Individen tar modell från andra och olika förebilder har inverkan på det egna beteendet. Detta kallas observationsinläring (*observational learning*). Den andra kognitiva faktorn som Bandura poängterar, är förmågan att förutse och värdesätta resultat av ett visst beteende. Betydelsefullt är att förstå individers förväntningar, motivation för ett beteende och att poängtera fördelar och nackdelar av ett visst beteende. Den tredje faktorn är betydelsen av människans tro på sin egna förmåga att framgångsrikt utföra ett beteende. Detta kallas självförmåga (*self-efficacy*). Detta är den viktigaste förutsättningen för en beteendeförändring och därför är främjandet av självförmågan viktigt. Bandura betonar, att inläring genom observation och inläring genom deltagande med hjälp av handledning och upprepning, leder till utveckling av färdigheter som behövs i

beteendeförändringen. Dessa är viktiga då självförtroendet och självförmågan byggs upp. (Nutbeam & Harris 1999: 20-21)

7 STUDIENS DESIGN

Undersökningens design skall anpassas efter de frågeställningar man vill ha svar på. (Jacobsen 2007:86) I masterarbetet används kvalitativ design. Kvalitativ metod är en öppen metod och undersökaren styr den insamlade informationen så lite som möjligt. Den öppna designen innebär att kvalitativt data är lämpligt då man vill utforska någonting, sk. explorerande undersökningar. Den kvalitativa metoden är flexibel, man kan analysera data efter hand och gå tillbaka till frågeställningarna. (Jacobsen 2007:48-50, 61)

Studien har ett explorativt angreppssätt, dvs. man vill utforska i ett fenomen för att upptäcka och utveckla nya saker. Datainsamlingen sker på ett så öppet sätt som möjligt och forskaren styr så lite som möjligt det data som samlas. Denna öppenhet är kännetecknande för en explorativ undersökning. (Jacobsen 2007:49)



Figur 2

Masterarbetets design.

8 METOD

I kvalitativa studier består datainsamlingsmetoden oftast av intervjuer, förfrågningar, observation eller av information som finns i olika dokument. Man kan använda dessa skilt för sig eller kombinerade på olika sätt. (Tuomi & Sarajärvi 2009:71)

I detta kapitel redogörs det för masterarbetets datainsamlingsmetoder, vilka består av både en systematisk litteraturstudie och av intervjuer. Den systematiska litteraturstudien förklaras steg för steg och databassökningen beskrivs. I den systematiska litteraturstudien ingår kvalitetsgranskning av artiklar. Härfter beskrivs den kvalitativa intervjun, intervjuguiden och informanterna. Studiens analysmetod, som består av innehållsanalys förklaras. I detta kapitel ingår en beskrivning av SWOT-analys, eftersom man utgående från studiens resultat har gjort en analys av detta slag. Avslutningsvis tas de etiska aspekterna i beaktande.

8.1 Datainsamlingsmetod

Studiens frågeställning 1 och 2 besvaras utgående från den tidigare forskningen och med hjälp av intervjuer. Studiens frågeställning 3 besvaras enbart utgående från intervjuer. Resultatanalysen består av en systematisk litteraturstudie samt av intervjuer, som analyseras med innehållsanalys.

8.1.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie är en sammanställning av forskningsartiklar, som grundar sig på en jämförande analys och kritisk granskning av kvalitet i originalstudier. I en systematisk litteraturstudie bör det finnas ett tillräckligt antal vetenskapliga forskningar, för att man med hjälp av dem skall kunna komma fram till goda slutsatser och resultat. I detta masterarbete har den systematiska litteraturstudien gjorts enligt de kriterier, som beskrivs i boken *Att göra systematiska litteraturstudier* (Forsberg & Wengström 2008:30-32, 34-35).

Urvalsprocessen av artiklar i en systematisk litteraturstudie sker i olika steg.

Steg1: Att identifiera intresseområde och definiera sökord.

Steg 2: Att bestämma kriterier för de studier som väljs ut.

Steg 3: Att göra sökningar i olika databaser.

Steg 4: Sök även på egen hand aktuella ej publicerade forskningsartiklar om ämnet.

Steg 5: Att välja relevanta artiklar och läs sammanfattningar. Gör ett urval av artiklar.

Steg 6: Att läsa artiklarna i sin helhet och gör en kvalitetsgranskning.

(Forsberg & Wengström 2008:90)

Olika etiska aspekter togs i beaktande, vilket bör göras innan själva arbetet med litteraturstudien inleds. En systematisk litteraturstudie baserar sig på data från primärkällor i form av publicerade vetenskapliga artiklar eller rapporter. En primärkälla innebär att artikeln/rapporten är skriven av den person som genomfört undersökningen. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008:173)

Den systematiska litteraturstudien är gjord under februari och mars 2011. Tack vare att den systematiska litteraturstudien gjordes först, så kom man bra in på ämnet motionsrådgivning. Det kom fram värdefull information, som hjälpte till att förbereda intervjuerna, så att dessa kunde utföras på ett större djup.

8.1.2 Databassökning

Källorna i masterarbetet består av forskningsartiklar, doktorsavhandlingar, litteratur och elektroniska källor. Till den systematiska litteraturstudien behövdes tidigare forskning av motionsrådgivning. För att hitta tidigare forskning har sökningar i olika databaser via nelli-portalen gjorts. Databaser som har använts är Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO), Cochrane Library (Terveysportti) och Sportdiscus (EBSCO). En forskning hittades via databasen vid SBU, Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (Sverige). Via databasen JYX (Jyväskylä universitet) hittades tre doktorsavhandlingar. Som sökord har använts olika kombinationer av *counseling*, *physical activity/ fysisk aktivitet*, *adults*, *elderly* och *liikuntaneuvonta*. Inklusions- och exklusionskriterier har styrt valet av tidigare forskning (se Tabell 2). Ett inklusionskriterium för att en forskning har valts, är att den har varit gjord inom de fem senaste åren (2006-2011). Endast vetenskapliga artiklar har valts. Forskningen har valts om den handlat om motionsrådgivning och fysisk aktivitet för vuxna och äldre.

Forskningar som handlat om barn och unga har uteslutits. En hälsofrämjande synvinkel har varit ett inklusionskriterium. Forskningar som endast handlat om motionsrådgivning i rehabiliteringssyfte, eller motionsrådgivning som vårdmetod i en sjukdom, har uteslutits. De forskningar som valdes ut har ansetts vara relevanta för studien och alla forskningsartiklar var tillgängliga i fulltext. Forskningen har tagits med om den har varit gjord i Europa. De olika kriterierna har lett till att forskningarna som ingår är gjorda i Finland (6 st.), Sverige (2 st.), Danmark (1 st.), Storbritannien (3 st.) och Spanien (1 st.).

Tabell 2 Inklusions- och exklusionskriterier av tidigare forskningar i den systematiska litteraturstudien.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Gjord inom åren 2006-2011	Motionsrådgivning för barn och unga
Vetenskaplig artikel	Innehållet handlat om motionsrådgivning som rehabilitering
Innehållet handlat om motionsrådgivning i samband med fysisk aktivitet för vuxna och äldre	Innehållet handlat om motionsrådgivning som vårdmetod i en sjukdom
Hälsofrämjande synvinkel	
Relevant innehåll för masterarbetet	
Forskningarna har varit tillgängliga i fulltext i sökdatabaserna	
Undersökningen har gjorts i Europa	

Olika begränsningar i materialsökningen gjordes för att materialet skulle vara lättare att bearbeta och inte alltför omfattande. Relevanta forskningar hittades allt som allt 16 st., men några forskningsartiklar hade i sökningen hittats flera gånger, så forskningsartiklarnas antal blev sammanlagt 10 st. 3 doktorsavhandlingar har valts. Databassökningen redovisas i Bilaga 1. Resultatet av den systematiska litteraturstudien presenteras i kapitel 9. Kvalitetsgranskning av forskningsartiklar finns i Tabell 3.

8.1.3 Kvalitetsgranskning av forskningsartiklar

De tidigare forskningarna som använts i den systematiska litteraturstudien har kvalitetsgranskats. I masterarbetet har forskningarnas nivå av kvalitet utvärderats enligt Forsberg & Wengström (2008:122-125).

Alla forskningsartiklar som valts ut vid databassökningen bedömdes enligt de på förhand fastställda inklusions- och exklusionskriterierna. I detta skede lämnades några forskningar bort eftersom de inte ansågs uppfylla kriterierna. Sedan granskades forskningarna systematiskt (Forsberg & Wengström 2008:194-205). Man följde en checklista (Bilaga 3) som beaktade vilka kvalitetsfrågor ingick när forskningarna granskades. Information från de inkluderade forskningsartiklarna sammanställdes kortfattat i tabellform. Härefter granskades forskningarnas kvalitet. I systematiska litteraturstudier bör de valda studierna identifieras och värderas. Varje studie bör värderas i flera steg. Kvalitetskraven bör specificeras och de övergripande frågorna som skall besvaras har att göra med undersökningens syfte och resultat samt resultatens giltighet. Alla de studier som valts i masterarbetets systematiska litteraturstudie har fått svar på dessa frågor. Utöver dessa bör det i en kvalitetsgranskning tas i beaktande studiens frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Då man kunnat ta ställning till dessa punkter, har man kunnat värdera studiens kvalitet.

Enligt Forsberg & Wengström (2008:100,123) kan varje studie värderas ha hög = 1, medel = 2 eller låg = 3 kvalitet. Studier med låg kvalitet bör inte tas med i en systematisk litteraturstudie. I masterarbetets litteraturstudie är åtta av studierna RCT-studier (randomiserad kontrollerad studie) och två är litteraturstudier. En uppföljningsstudie, en tvärsnittsstudie och en pilotstudie är inkluderade. Randomiserade kontrollerade studier har högt bevisvärde och anses som den bästa studieuppläggningsen för att testa hypoteser och påvisa effektivitet. (Forsberg & Wengström 2008:95) RCT-studier handlar om experimentell design, vilket innebär att studien krävs ha följande egenskaper: styrning, kontroll och randomisering. Styrning innebär att forskaren bestämmer minst en grupp som får en aktiv intervention. Kontroll betyder att forskaren bestämmer att det ska finnas minst en kontrollgrupp som inte får interventionen. Randomisering innebär slumpmässig fördelning av deltagare i interventions- och i

kontrollgruppen. Kvaliteten på experimentella studier avgörs av bl.a. deltagarantalet. (Forsberg & Wengström 2008:94-96)

Litteraturstudier och tvärsnittsstudier hör till icke-experimentell design. Icke-experimentell design kännetecknas av att man studerar skillnader mellan grupper eller samband, utan att försöka påverka dessa förhållanden. I denna typ av design finns inga interventioner. I en tvärsnittsstudie studeras alla variabler vid ett och samma tillfälle. Syftet kan vara att studera samband mellan olika variabler eller att få reda på nuläget. Vissa tvärsnittsstudier anses ha lågt bevisvärde. (Forsberg & Wengström 2008:98) Pilotstudien är en provstudie som ofta görs i mindre skala än fullvärdig studie. Med hjälp av pilotstudien kan man dels kontrollera att upplägget av studien är fungerande och dels samla in värden som sedan kan användas som kontrollvärden vid den fullvärdiga studien. (<http://sv.wikipedia.org/wiki/Pilotstudie>) Pilotstudien togs med, eftersom den ansågs innehålla bra information som stöder innehållet i denna studie.

Följande kriterier har använts vid den kritiska granskningen av de kvantitativa studierna (Forsberg & Wengström 2008:123-124):

- Intern validitet
Kontroll av systematiska felkällor vid:
 - a) fördelning (systematiska skillnader mellan jämförelsegrupperna)
 - b) behandling (systematiska skillnader bortsett från den intervention som ska utvärderas)
 - c) bortfall (systematiska skillnader i bortfall eller uteslutningar mellan grupperna)
 - d) bedömning (systematiska skillnader i bedömning av effekter)
- Reliabilitet (i form av metodfel, reliabilitetskoefficient eller konfidensintervall)
- Extern validitet (grad av generaliserbarhet)

De två litteraturstudierna som ingår i masterarbetets systematiska litteraturstudie har kvalitetsgranskats enligt kriterierna av Forsberg och Wengström (2008). I båda litteraturstudierna har det gjorts en kvalitetsbedömning av forskningsartiklar. En förutsättning för att göra en systematisk litteraturstudie är att det finns ett tillräckligt

antal studier av god kvalitet som kan utgöra underlag för bedömningar och slutsatser. (Forsberg & Wengström 2008:30)

8.1.4 Intervju

Som det andra steget i datainsamlingen har det använts temaintervju som datainsamlingsmetod. Temaintervjun är en halvstrukturerad intervjumetod. Temaintervjun riktas mot färdigt valda temaområden, som man diskuterar kring. De olika teman är samma i varje intervju, men ordningsföljden kan variera och man diskuterar fritt om innehållet. (Hirsjärvi & Hurme 2000:48)

Eftersom den systematiska litteraturstudien i detta skede har varit gjord, så har man i intervjuerna kunnat fokusera sig på det som forskningen säger. På detta sätt har man försökt få djup i intervjuerna. Intervju har valts som metod för att klarlägga de resultat som kommer fram i litteraturstudien och för att komma djupare in på ämnet. Tack vare intervjun har man kunnat få motiveringar i svaren och man har kunnat göra tilläggsfrågor. (Hirsjärvi & Hurme 2000:35)

Intervjuformen har varit telefonintervju. En risk med telefonintervjun är att informanterna inte talar sanning. (Jacobsen 2007:100-101). Eftersom innehållet i intervjuerna inte är personliga och inte heller känsliga, så kan intervjuförloppet metodmässigt försvaras. Informanterna har själva fått välja intervjuspråket, dvs. svenska eller finska. Alla telefonintervjuer gick slutligen på finska. Intervjuerna gjordes med forskarens egna telefon.

Intervjuerna gjordes under några dagar i april år 2011: 17.4. (1 intervju), 18.4. (1 intervju), 20.4. (2 intervjuer), 21.4. (3 intervjuer) och 29.4. (1 intervju). Alla informanter fick på förhand per e-post en bilaga med intervjuteman, som de fick bekanta sig med om de ville. I förhandsinformationen kom det fram, att de inte var tvungna att fundera på intervjuteman på förhand, men om de gjorde det så skulle det troligtvis förenkla och försnabba själva telefonintervjun. Alla andra utom två informanter hade bekantat sig med innehållet på förhand. Det ansågs ha varit bra med en förhandsfundering, eftersom informanterna på så sätt var beredda på vad de skulle säga och de fick det mesta viktiga sagt.

Intervjuerna bandades in på bandspelare av märket Olympus PearlCorder S711. Alla informanter gav sitt godkännande till inbandningen. Ljudkvaliteten var bra, trots att den bandades in genom telefonens högtalaregenskap. Sex intervjuer tog 30 minuter. En intervju tog 20 minuter och den kortaste intervjun tog 15 minuter. Enligt Jacobsen (2007:99) är halvtimmesintervjuer för korta för att man ska få fram relevant information och kunna fördjupa den. Här kan det försvaras att informanterna fått på förhand fundera på vad de skulle säga under intervjun.

Fördelen med telefonintervjuer är att de inte är så tidskrävande. Det är lättare att bestämma tidpunkten för telefonintervju än att bestämma tid och plats för personlig intervju ansikte mot ansikte. Telefonintervjuns nackdel är att tiden ofta är begränsad. Längden på en telefonintervju anses ofta bli 20-30 minuter. (Hirsjärvi & Hurme 2000:64)

8.1.5 Intervjuguide

Intervjun gjordes utgående från en intervjuguide (Bilaga 4 och Bilaga 5). Då man gör en intervjuguide skall man inte göra färdiga frågor, utan man gör upp olika temaområden, som det skall diskuteras kring. Sedan kan man göra underteman för att ännu komma djupare in i ämnet. (Hirsjärvi & Hurme 2000:66) Masterarbetets intervjuguide är indelad i tre teman och alla teman har några underteman. Det första temat har att göra med innehållet i motionsrådgivning. Det andra temat har att göra med uppföljning och det tredje temat handlar om samarbete mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter. I varje tema har man utgått från både allmänna synpunkter och frågor som har uppstått vid den systematiska litteraturstudien.

Meningen har varit att inte styra informantens svar. Det är viktigt att informanten fritt har fått berätta sina egna åsikter med egna ord. Möjligheten att få enbart ja eller nej som svar har minimerats. Informanterna har fått möjlighet att ställa frågor eller att tillägga någonting om så har önskats. (Kvale 1997:120-123)

Innan de riktiga intervjuerna gjordes, så gjordes en provintervju med en utomstående person, för att testa intervjuguiden. Syftet med en provintervju är att testa innehållet i intervjun, ordningsföljden av olika ämnesområden och formandet av de hypotetiska

frågorna. I detta skede är det ännu möjligt att göra ändringar i dessa. I temaintervjuer är provintervjuer en nödvändig och en väsentlig del. (Hirsjärvi & Hurme 2000:72-73)

Instrumentet ansågs vara fungerande och inga ändringar gjordes i intervjuguiden på basen av provintervjun. Tack vare att provintervjun gjordes, bestämdes det att skicka in de olika teman i intervjuerna till informanterna på förhand. Detta konstaterades vara en lyckad lösning.

8.1.6 Informanter

Som informanter i studien ingick idrottsinstruktörer och fysioterapeuter som har erfarenhet av att arbeta med motionsrådgivning i Esbo stad. Informanterna i masterarbetets intervjudel består av fyra idrottsinstruktörer och fyra fysioterapeuter. Informanternas sammanlagda antal är åtta. Valet av informanter gjordes genom ett strategiskt urval av en förman, som arbetar som planerare för vuxnas hälsomotion på Esbo Idrottstjänster. Valet av informanter gjordes på basen av yrke och erfarenhet av att ge motionsrådgivning. För att få fram information om nuläget och för att kunna utveckla motionsrådgivningen i Esbo var det viktigt att informanterna arbetade i Esbo stads tjänst.

Personen som gav förslag om informanterna gav först fyra namn på idrottsinstruktörer och fyra namn på fysioterapeuter, vilka kontaktades. Dessa personer fick per e-post ett informationsbrev (Bilaga 6 och Bilaga 7), i vilket framgick forskarens namn och kontaktuppgifter, masterarbetets syfte och information om intervjun. Av dessa personer var fyra idrottsinstruktörer samt två fysioterapeuter villiga att delta. Tidpunkten för telefonintervjun bestämdes per e-post. Ytterligare två fysioterapeuter kontaktades med vilka intervjun lyckades. Med en idrottsinstruktör blev det ändringar just innan intervjun skulle göras och den blev ogjord. På grund av detta kontaktades ytterligare en idrottsinstruktör, som intervjuades. Intervjun fick ske under arbetstid, vilket forskaren fick lov till av idrottsinstruktörernas och fysioterapeuternas förmän.

Av informanterna var sju kvinnor och en man. Arbetserfarenheten av att ge motionsrådgivning varierade hos dem från 2,5 månader till nästan 27 år.

8.2 Analyismetoder

Som analysmetod av intervjuerna har det använts innehållsanalys. Utgående från studiens resultat har det gjorts en SWOT-analys. I detta kapitel beskrivs båda analysmetoderna.

8.2.1 Innehållsanalys

Vid analyseringen av intervjuerna har det använts innehållsanalys som analysmetod. Genom att vid telefonintervjun använda intervjuguide, så har innehållet i intervjun kategoriserats på förhand, vilket är kännetecknande för innehållsanalys (Jacobsen 2007:140).

Med innehållsanalys menas att man slår samman det insamlade materialet på ett systematiskt sätt så att det fenomen man undersöker kan förklaras klart och tydligt. Meningen med innehållsanalys är att man under hela analysprocessens gång förstår det som undersöks. Olika faser i innehållsanalysen är val av analysenheter, att bekanta sig med materialet, att göra materialet enklare att förstå, kategorisering av materialet, tolkning och utvärdering av validiteten. Med de enheter som kategoriserats från innehållet skall man besvara undersökningens frågeställningar. Innehållsanalys är en metod, med vilken man kan analysera skriftligt eller muntligt material och med hjälp av vilken man kan granska betydelser, följder och samband av olika fenomen. (Janhonen & Nikkonen 2001:21)

Granskär & Höglund-Nielsen (2008:162-164) tar upp centrala begrepp, som används för att beskriva analysprocessen vid kvalitativ innehållsanalys. Dessa begrepp är *analysenhet*, *domän*, *meningsenhet*, *kondensering*, *abstraktion*, *kod*, *kategori* och *tema*. Ett viktigt ställningstagande i analysen är val av analysenhet. Hela det dokument som analyseras, t.ex. hela intervjuer, betraktas som en analysenhet. En domän är delar av texten som handlar om ett specifikt område och utgör en grov struktur som är möjlig att identifiera med låg grad av tolkning. Domäner kan t.ex. vara de delar i en intervjutext som sammanfaller med frågeområden i en intervjuguide. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten. Den kan utgöras av ord, meningar och stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang.

Lagom stora meningsenheter utgör grunden för analysen. Under analysprocessen kondenseras och abstraheras meningsenheterna. Kondensering betyder att man gör texten kortare, mer lätthanterlig, men utan att det centrala innehållet och det väsentliga försvinner. Sedan abstraheras den kondenserade texten och förses med koder, som sammanförs till kategorier eller teman på olika abstraktionsnivåer. Att abstrahera betyder att man lyfter innehållet till en högre logisk nivå. En kod är en etikett på en meningsbärande enhet, som beskriver dess innehåll. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Inget data får falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Att skapa teman är ett sätt att sammanbinda det underliggande innehållet i ett antal kategorier

I masterarbetet har det utgått från materialbaserad innehållsanalys. I materialbaserad innehållsanalys väljs analysenheterna enligt studiens syfte och uppbyggnad. Tidigare kunskap, teorier eller forskning om det som forskas får inte styra analysen och påverka slutresultatet. Analysen förväntas grunda sig på materialet. (Tuomi & Sarajärvi 2009:95) Med hjälp av innehållsanalys har det gjorts slutsatser av innehållet i intervjuerna. Man kan göra innehållsanalys antingen genom att studera det manifesta innehållet och göra analys av det som direkt har sagts, eller så kan man analysera det latent innehåll, genom att forskaren gör en tolkning av helheten. I denna studie handlar det om att undersöka det manifesta innehållet.

Innan innehållsanalysen påbörjades, gjordes en renskrivning av det inbandade materialet. Intervjuerna skrevs ner ord för ord. Alla intervjuer lästes flera gånger för att ge en helhetsbild av materialet. Sedan påbörjades analyserandet av innehållet. Intervjuerna och utskrivandet av intervjuerna gjordes i april 2011. Innehållsanalysen gjordes under april och maj 2011.

8.2.2 SWOT- analys

Utgående från studiens resultat, har det gjorts en SWOT- analys, som skall hjälpa till att utveckla motionsrådgivningen för vuxna och äldre i Esbo stad. SWOT- modellen är det kanske mest använda strategiska analysinstrumentet i svenska företag. SWOT- modellen ger en struktur för att analysera en verksamhet genom att man arbetar fram

verksamhetens styrkor och svagheter i den egna organisationen samt hot och möjligheter i den externa miljön. (Macheridis 2009:205)

Masterarbetets SWOT- analys skapas som ett verktyg för dem som arbetar med utvecklandet av motionsrådgivningen i Esbo stad. SWOT-analysen skall hjälpa till att göra slutsatser om hur styrkorna kan utnyttjas, hur svagheter kan förändras till styrkor, hur framtidens möjligheter kan utnyttjas och hur hot skall undvikas. Tack vare denna analys hoppas man få till stånd en allt bättre och effektivare motionsrådgivning i Esbo stad. SWOT-analysen finns i kapitel 11.3.

8.3 Etiska aspekter

Paunonen & Vehviläinen- Julkunen (1997:27-29) tar upp fem punkter på etiska riktlinjer då man gör en undersökning. För det första får en undersökning inte skada deltagarna på något sätt. Undersökningens fördelar och nackdelar skall jämföras och fördelarna bör vara fler, så att det lönar sig att utföra undersökningen. Viktigt är att de som deltar gör det frivilligt och att man får avbryta sitt deltagande när som helst under processens gång. Ansvar ligger hos forskaren. Forskaren bör vara medveten om vissa problem som kan uppkomma, exempelvis på vilket sätt man kan manipulera deltagarna att fungera på ett visst sätt och om det är etiskt rätt.

Enligt Jacobsen (2007:21-24) finns det tre etiska krav som skall fyllas i en undersökning. De är informerat samtycke, krav på skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven. Informerat samtycke innebär frivillighet att delta i undersökningen och detta skall försäkras redan i planeringen. Korrekt och tillräcklig information skall ges om undersökningen och om processens gång. Vid själva intervjusituationen skall konfidentialiteten tas i beaktande och det som diskuteras skall hållas hemligt. Konfidentialitet inom forskning betyder också att privata uppgifter som identifierar respondenterna inte kommer att redovisas. (Kvale 1997:105, 158)

De etiska riktlinjerna har beaktats under masterarbetets forskningsprocess. Informerat samtycke har tagits i beaktande redan i planeringsskedet, eftersom det i informationsbrevet till informanterna poängterades att deltagandet är frivilligt. Informanterna fick ett informationsbrev som de fick bekanta sig med innan de deltog i

intervjun. I brevet framgick masterarbetets syfte, vad studien går ut på, datainsamlingsmetoden och vem som har tillgång till materialet. Informanterna var medvetna om att de fick avbryta sitt deltagande när som helst om de så önskade. Korrekt och tillräcklig information har getts om undersökningen och om processens gång. Vid själva intervjusituationen har konfidentialiteten tagits i beaktande och det som diskuteras har hållits hemligt. Konfidentialitet inom forskning betyder också att privata uppgifter som identifierar respondenterna inte skall redovisas. Informanternas namn publiceras inte, de får förbli anonyma. Utskrivandet av intervjuerna har gjorts noggrant och informanterna har blivit korrekt återgivna.

Jag har varit medveten om att ansvaret av studien finns hos forskaren. Materialet från intervjuerna har förvarats hemma hos mig och ingen annan har haft tillgång till materialet. Materialet förstörs efter att examensarbetet godkänts. Etiska rådets arbetsutskott (ETIX) vid Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola har granskat planen av masterarbetet innan intervjuerna har gjorts.

9 RESULTAT OCH ANALYS

I kapitel 9.1 redovisas resultaten från den systematiska litteraturstudien. Syftet med litteraturstudien är att besvara studiens fråga 1 och fråga 2, vilka ytterligare besvaras med hjälp av intervjuer. Kapitel 9.2 handlar om de resultat man fick genom den kvalitativa intervjun. De ger svar på studiens frågeställningar 1, 2 och 3.

9.1 Resultat från den systematiska litteraturstudien

I SBU:s rapport om metoder för att främja fysisk aktivitet finns det resultat om olika studier, som berör motionsrådgivning inom primärvården. Rapporten är en sammanfattning av resultaten i SBU:s systematiska litteraturoversikt. Studierna handlar om metoderna att främja fysisk aktivitet, av vilka effekterna av motionsrådgivning på patienternas fysiska aktivitetsnivå är en del. I studierna varierar de olika rådgivningsmetoderna. Här ingår effekten av korta muntliga råd och olika hjälpmedel, t.ex. skriftliga råd, telefonsamtal, brev motionsdagbok, belöningar och målsättningsdiskussion. Rådgivningsmetoderna har också varierat i förhållande till intensiteten, vem som har gett råden, var rådgivningen har skett och hur länge den

räckt. De slutsatser som SBU kommer med, visar att rådgivning i klinisk vardag medför en ökad fysisk aktivitetsnivå hos klienterna. Ingen studie påvisar en minskad fysisk aktivitet som en följd av rådgivningen. SBU:s rapport konstaterar, att tillräckliga forskningarna inte har gjorts med tanke på att avgöra om det är effektivare att ge motionsråd om någon särskild typ av fysisk aktivitet, tex. vardagsmotion, eller avsiktlig motion, respektive om motionen bedrivs självständigt eller i grupp. Det konstateras, att då rådgivningen är regelbunden och ges ofta under flera månaders tid, ökar den fysiska aktivitetsnivån. Effekten blir ännu bättre om rådgivningen kompletteras med exempelvis recept på fysisk aktivitet, stegräknare, motionsdagbok, målsättningsdiskussion eller liknande. Däremot finns inte tillräckliga bevis på om någon av dessa metoder har bättre effekt än andra. Det saknas också underlag för att bedöma om rådgivningen kan bli effektivare genom samverkan med andra aktörer, eller då rådgivningen endast sker inom hälso- och sjukvården. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007: 20-21)

Aittasalo (2008) konstaterar, att man med hjälp av fysisk aktivitet på recept, stegmätare och motionsdagbok, uppnår goda resultat i motionsaktiviteten hos vuxna. Aittasalo menar, att man borde använda dessa mer i hälsocentraler och i arbetshälsovården för att få vuxna att röra på sig flitigare. Det kräver tid och samarbete av personalen. I sin doktorsavhandling kom Aittasalo fram till, att motion på recept, som läkaren ger, ökade motionsaktiviteten. Användning av stegmätare och motionsdagbok ökade motionsaktiviteten, men endast kortvarigt. Effektiverad motionsrådgivning i mödrarrådgivningen ledde till att de gravida kvinnorna höll en hög effektivitetsnivå i motionerandet ända till slutet av graviditeten. Personlig motionsrådgivning i arbetshälsovården ökade inte den fysiska aktivitetsnivån. Doktorsavhandlingen består av tre interventioner. Metoderna var varierande. I första interventionen användes individuell motionsrådgivning (grupp 1), individuell motionsrådgivning och konditionstester (grupp 2) och insamlad information om fysisk aktivitet (kontrollgrupp). I den andra interventionen användes motionsrådgivning och fysisk aktivitet på recept skrivna av läkare. Kontrollgruppen fick motionsrådgivning utan fysisk aktivitet på recept. Varannan deltagare använde stegräknare och dagbok i sju dagar, som följdes av skriftlig feedback. I den tredje interventionen användes effektiverad individuell rådgivning och träning i grupp. Uppföljning skedde genom

intervju och/eller frågeformulär och dagböcker. Studien hade även som avsikt att utvärdera det nationella projektet *Liikkumisresepti-hanke* och att med hjälp av det öka användningen av motion på recept bland läkare.

Kallings et al. (2007) kom fram till samma resultat, att användningen av fysisk aktivitet på recept är effektivt i främjandet av en fysisk aktiv livsstil. Deltagarna i studien svarade på ett frågeformulär direkt efter att de fått fysisk aktivitet på recept. Sex månader senare fick de fylla i ett uppföljningsfrågeformulär. Bortfallet vid uppföljningen var 38 %. Resultaten visade, att fysisk aktivitet på recept förändrade klientens beteende till en fysiskt aktivare riktning sex månader efter att de fått sina råd. I studien kom det fram, att klienterna kände sig må både fysiskt och fysiskt bättre efter att ha fått sin motionsrådgivning. I denna studie skrevs recept på fysisk aktivitet mest av fysioterapeuter och läkare, färre skrevs av sjukskötare och övrig vårdpersonal. I studien framkom inte, huruvida någon yrkesgrupp hade mer effekt än andra på klienters ökade fysiska aktivitetsnivå. Resultaten i studien är uppmuntrande, men en längre uppföljningsperiod skulle ytterligare stöda resultaten.

Förutom fysisk aktivitet på recept, är stegräknare bra att använda i motionsrådgivning. Enligt Sugden et al. (2008) är användningen av stegräknare ett effektivt hjälpmedel, för att öka på den fysiska aktivitetsnivån hos äldre. Stegräknare är billiga och enkla att använda. Stegräknare motiverar individer att promenera.

Grandes et al. (2008) har undersökt motiven hos fysiskt inaktiva vuxna att börja motionera och vilka metoderna är, som motiverar dem att bli fysiskt aktivare. Studien är gjord i Spanien och deltagarna i undersökningen är individer som besökt hälsocentralen. I studien kom man fram till, att sociodemografiska faktorer påverkar individens fysiska inaktivitet och att det finns skillnader i personers motivation beroende på till vilken social samhällsklass de tillhör. Resultaten i studien visar, att fysisk inaktivitet ökar med åldern och kvinnor ofta är fysiskt aktivare än män. I denna studie konstaterades brister för att kunna bevisa, att de råd till fysisk aktivitet som fysioterapeuterna gav, skulle ha haft positiva effekter.

Bull & Milton (2010) konstaterar, att fysisk aktivitet på recept är det mest användbara sättet att främja fysisk aktivitet i hälso- och sjukvården i England. Fastän det finns ett tydligt behov av motionsrådgivning, så är det oklart hur denna form av

hälsofrämjande arbete skall se ut. Olika diskussioner och intervjuer med klienten, vilka ökar motivationen till att motionera mer, har ansetts vara en av de bästa sätten för att klienten skall ändra sitt beteende i en hälsofrämjande riktning. Denna metod har använts i "Let's Get Moving" projektet, som Bull & Milton (2010) har forskat kring. "Let's Get Moving" är ett nationellt projekt i England som startat år 2007. Dess målsättning är att få klienterna, som besöker hälso- och sjukvården, att röra på sig mer. Deltagarnas antal var 526 och ålder 16-74 år. Bull & Milton kom fram till att tidsbegränsning och brist på tillit i rådgivningsdiskussionerna var ett hinder för att genomföra rådgivningen på bästa möjliga sätt. Uppföljningen kunde ha fungerat bättre, eftersom det var problematiskt att få tag på klienterna efteråt och långt ifrån alla deltagare var med i uppföljningen. Endast 30 % av deltagarna kom till uppföljningsmötet. Orsaken till varför uppföljningen från klientens synvinkel blev bristfällig nämns ej i artikeln. Bull & Milton säger, att trots att siffran låter låg, så är det vanligt att t.om. 80% av deltagarna faller bort vid uppföljningen som görs tre månader senare. Användning av material i motionsrådgivningen, såsom brev, planscher och flygblad, ansågs vara ett lyckat sätt att väcka klientens intresse. Forskarna konstaterar, att diskussion med klienten är ett bra sätt att öka motivationen till fysisk aktivitet, men studien gick inte desto mer in på själva metoden och innehållet i rådgivningsdiskussionerna.

Bonsdorff (2009) konstaterar, att motionsrådgivning ökar mängden av fysisk aktivitet hos äldre individer samt att motionsrådgivningen minskar på begränsningarna i funktionsförmågan. I denna doktorsavhandling var syftet att ta reda på funktionsförmågans och den fysiska aktivitetens betydelse för att behöva anstalthjälp hos åldringar som ännu bor hemma. Bonsdorff utredde på vilket sätt motionsrådgivningen påverkar åldringarnas förmåga att klara sig hemma på egen hand och behovet av hemvård. Viktigt resultat i undersökningen var, att det aldrig är för sent att bli fysiskt aktivare, eftersom hälsonyttan av att röra på sig är stor. Äldre människor klarar sig bättre och en längre tid självständiga med hjälp av regelbunden motionsrådgivning. Bonsdorff säger, att det lönar sig att satsa på hälsorådgivning för äldre, eftersom det förbättrar hälsan och minskar behovet av anstalthjälp.

Mänty (2010) har i sin doktorsavhandling undersökt försämringar i äldre individers rörelseförmåga och olika tecken, som kunde tyda på kommande fallolyckor hos äldre.

I samma undersökning utreds motionsrådgivningens betydelse för upprätthållandet av god rörelseförmåga. Resultaten i forskningen visar, att olika tecken på att rörelseförmågan håller på att försämrans är att takten då man går blir långsammare, man går allt mindre och blir lättare trött då man rör på sig. Dessa tecken förutspår eventuella fallolyckor. Mänty konstaterar, att motionsrådgivning har positiva effekter på rörelseförmågan hos äldre. Motionsrådgivning förebygger uppkomsten av rörelsesvårigheter. Rådgivningen har positiva effekter på speciellt benens förmåga att producera kraft och på gångtakten. Detta konstaterades hos äldre kvinnor som redan hade bra kondition. Enligt resultaten i forskningen, rekommenderar Mänty användningen av motionsrådgivning för att upprätthålla rörelseförmåga. I studien deltog friska män och kvinnor i åldern 63-81.

Fysisk aktivitet förebygger och förlångsammnar uppkomsten av olika krämpor som ålderdomen ofta medför. Dessutom har fysisk aktivitet en positiv effekt på den psykiska hälsan. Genom förbättrad fysisk kondition möjliggörs ett självständigare liv och livskvaliteten följaktligen ökar. Praktiska och hållbara lösningar på hur motionsrådgivningen skall organiseras för äldre behövs. Äldre människor litar mest på rådgivning som ges av professionella inom hälsovården. De människor som arbetar inom den primära vården har regelbundna kontakter med en stor del av den äldre befolkningen och anses därför vara en bra yrkesgrupp att ge motionsrådgivning. Läkare anses inte som den bästa yrkesgruppen att ge motionsrådgivning, eftersom de sällan har tid att gå in på ämnet. Däremot vore det bra om läkarna kunde skicka sina patienter vidare till exempelvis en fysioterapeut för att få individuell motionsrådgivning. (Leinonen et al. 2007)

Äldre individer som fått motionsrådgivning endast en gång, har psykiskt blivit på bättre humör. Därför borde motionsrådgivning vara en stödform, då man försöker förbättra äldre individers psykiska hälsotillstånd. Detta resultat har Pakkala et al. (2008) kommit fram till i sin undersökning. Pakkala et al. har undersökt motionsrådgivningens betydelse på humöret bland äldre. Alla deltagare led av lindrig depression i början av studien. De depressiva symptomen minskade hos deltagarna under hela den tid som undersökningen höll på, alltså under två års tid. Oklart blir om det är motionsrådgivningen i sig som bidragit till det psykiska välmåendet, eller om det är de psykiska och sociala faktorerna som ingår i motionerandet, vilka tillsammans

lett till det positiva resultatet.

Bonsdorff et al. (2008) undersökte motionsrådgivningens betydelse för äldre individer och hur det påverkar deras förmåga att sköta dagliga ärenden. Rådgivningen gavs av en fysioterapeut regelbundet per telefon. Deltagarna var slumpmässigt indelade i två grupper. I resultaten konstaterades, att deltagarna blev fysiskt aktivare och bättre på att klara av sina dagliga ärenden, men inga bevis fanns att det var en följd av motionsrådgivningen.

Sörensen et al. (2008) har jämfört både kortvarig (0-4 månader) och långvarig (0-10 månader) motionsrådgivning och fysisk aktivitet på recept. I studien deltog två grupper, en högintensiv och en lågintensiv grupp. Den högintensiva gruppen fick i fyra månaders tid ledd träning samt fem gånger motionsrådgivning. Den lågintensiva gruppen fick enbart fyra gånger motionsrådgivning. I studien kom det fram att den kortvariga motionsrådgivningen var lika effektiv som den långvariga gällande exempelvis ökning av den fysiska aktivitetsnivån, förbättring av den maximala syreupptagningsförmågan och ökning av hälsorelaterade livskvalitetsfaktorer.

Breckon et al. (2008) har gjort en systematisk litteraturöversikt på tidigare gjorda forskningar om fysisk aktivitet på recept och motionsrådgivning. Majoriteten av studierna i litteraturöversikten var RCT-studier. Resultaten visar, att många undersökningar har de fysiska eller beteendemässiga faktorerna hos individer som utgångspunkt då man betraktar centrala steg i motionsrådgivning. Behovet av att öka klientens motivation och att ge stöd i beteendeförändringen anses viktigt. Den transteoretiska modellen som teori är mycket använd inom forskningen. Många studier koncentrerar sig på effektivitet och resultat från motionsrådgivning, istället för att steg för steg gå in och analysera hela processen.

Tabell 3 Kvalitetsgranskning av forskningsartiklarna i litteraturstudien.

<u>Författare, årtal, land</u>	<u>Syfte</u>	<u>Metod</u>	<u>Målgrupp</u>	<u>Resultat</u>	<u>Typ av studie</u>	<u>Nivå av kvalitet</u>
Aittasalo, M. 2008 Finland Doktors- avhandling	Att undersöka användbarhet, effektivitet och spridning av förhållningssätt för att främja fysisk aktivitet. Att öka medvetenheten om och användningen av fysisk aktivitet på recept bland läkare.	Individuell motionsrådgivning, konditionstester, insamlad information om fysisk aktivitet, fysisk aktivitet på recept, stegräknare, dagbok, skriftliga råd och träning i grupp. Uppföljning genom intervju och/eller frågeformulär och dagböcker.	n= 99 (professionella) n= 644 (klienter) i åldern 18-65.	Med hjälp av fysisk aktivitet på recept, stegmätare och motionsdagbok uppnår man goda resultat i motionsaktiviteten. Man borde använda dessa mer i hälsocentraler och i arbetshälsövården för att få vuxna att röra på sig flitigare. Personlig motionsrådgivning i arbetshälsövården ökade inte på den fysiska aktivitetsnivån.	RCT	1
Bull, F. & Milton, K. 2010 England	Att få klienterna som besöker hälso- och sjukvården att röra på sig mer.	Klienter rekryterades i samband med rutinbesök eller per brev. Material samlades med hjälp av elektroniska klientanteckningar, en praktisk undersökning, fokusgruppintervju och individuell intervju.	n = 526 i åldern 16-74. 6 hälsovårdsstationer i London.	Diskussion och intervju ansågs vara en av de bästa sätten för att klienten skall ändra sitt beteende mot en hälsofrämjande riktning. Tidsbegränsning och brist på tillit i rådgivningsdiskussioner var ett hinder för att genomföra rådgivningen på bästa möjliga sätt. Uppföljningen var besvärlig. Användning av material t.ex. brev, planscher och flygblad, ansågs vara ett bra sätt att väcka klientens intresse.	RCT	1
Bonsdorff von, M. 2009 Finland Doktors- avhandling	Att ta reda på funktionsförmågans, den fysiska aktivitetens och motionsrådgivningens	Information fick man på tre olika sätt , från projekten Evergreen och SCAMOB och från befolknings-	n= 1954, medelålder 77 år.	Motionsrådgivning ökar mängden av fysisk aktivitet hos äldre. Motionsrådgivning minskar på begränsningarna i funktionsförmågan.	RCT	1

	betydelse för att behöva anstalthjälpsom bor hemma.	registret. Det användes personlig motionsrådgivning. En fysioterapeut följde med deltagarnas fysiska aktivitetsnivå och hade kontakt per telefon vart fjärde månad.		Äldre människor klarar sig bättre och en längre tid självständiga med hjälp av regelbunden motionsrådgivning. Det lönar sig att satsa på hälsorådgivning för äldre, eftersom det förbättrar hälsan och minskar behovet av anstalthjälpsom bor hemma.		
Bonsdorff von, M. et al. 2008 Finland	Att undersöka motionsrådgivningens betydelse för äldre individer och vilken påverkan den har på deras förmåga att sköta dagliga ärenden.	Motionsrådgivningen gavs personligen av en fysioterapeut en gång och det gjordes en individuell motionsplan. Därefter uppföljning vart fjärde månad i två års tid. Kontrollgruppen hade ingen uppföljning, men de hade tillgång till olika motionsmöjligheter och fick enstaka råd vid behov.	n= 632 (75 % kvinnor och 25 % män) i åldern 75-81. Undersökningsgruppen hade 318 deltagare och kontrollgruppen 314 deltagare.	Individerna blev fysiskt aktiva och bättre på att klara av sina dagliga ärenden, men inga bevis fanns på att det var en följd av motionsrådgivningen.	RCT	1
Breckon, J.D. et al. 2008 England	Att undersöka teorierna som interventionerna i motionsrådgivning baserar sig på och graden av exakthet i alla stadier i interventionerna.	Systematisk litteraturoversikt på tidigare gjorda forskningar om fysisk aktivitet på recept och motionsrådgivning.	26 forskningar.	De flesta använde den transteoretiska modellen. Många studier hade fysiska eller beteendemässiga faktorer hos individer som utgångspunkt. Många studier koncentrerade sig på effektivitet och resultat från motionsrådgivning, istället för att steg för steg gå in och analysera hela processen.	Litteraturstudie	1
Grandes, G. et al. 2008 Spanien	Att känna igen egenskaper hos fysiskt inaktiva vuxna som besöker hälsovårds-	Olika mätningar om fysisk aktivitet, hälsorelaterad livskvalité, riskfaktorer för hjärt- och blodcirkulations-	n= 4317 i åldern 20-80.	Sociodemografiska faktorer påverkar individens fysiska inaktivitet samt graden av motivation till fysisk aktivitet. Fysisk inaktivitet ökar med åldern. Det	Tvärsnittstudie	2

	centralen. Att känna igen olika faktorer som påverkar deras vilja att förändra sin fysiska aktivitetsnivå.	sjukdomar samt sociala och demografiska faktorer.		konstaterades brister för att kunna bevisa, att de råd på fysisk aktivitet som fysioterapeuterna gav, skulle ha haft positiva effekter.		
Kallings, L.V. et al. 2007 Sverige	Att ta reda på om fysisk aktivitet på recept har betydelse på den fysiska aktivitetsnivån och livskvaliteten.	Frågeformulär användes.	n= 481 (75 % kvinnor, 25 % män), medelålder 50 år. 13 hälsovårdscentraler deltog.	Användningen av fysisk aktivitet på recept är effektivt. Fysisk aktivitet på recept förändrade klientens beteende till en fysiskt aktivare riktning 6 månader efter att de fått sina råd. Klienterna kände sig må både fysiskt och fysiskt bättre efter att ha fått sin motionsrådgivning.	Uppföljningsstudie	1
Leinonen, R. et al. 2006 Finland	Att ta reda på effekterna av motionsrådgivning för äldre.	Individuell motionsrådgivning ”ansikte mot ansikte” och därefter telefonsamtal vart tredje månad i två års tid.	n= 632, i åldern 75-81.	Fysisk aktivitet förebygger och förlångsammnar uppkomsten av olika krämpor som ålderdomen medför. Fysisk aktivitet har en positiv effekt på den psykiska hälsan. Genom förbättrad fysisk kondition möjliggörs ett självständigare liv och livskvaliteten ökar. Det behövs praktiska och hållbara lösningar på hur motionsrådgivningen skall organiseras för äldre.	RCT	1
Mänty, M. 2010 Finland Doktorsavhandling	Att utreda motionsrådgivningens betydelse för upprätthållandet av god rörelseförmåga. Att känna igen försämringar i äldre individers rörelseförmåga och	Information från två större undersökningsprojekt användes. (SCAMOB och FITSA)	n= 1066 i åldern 63-81.	Motionsrådgivning har positiva effekter på rörelseförmågan. Motionsrådgivning rekommenderas för att upprätthålla rörelseförmåga hos äldre.	RCT	1

		dagböcker.				
Sörensen, J.B. et al. 2008 Danmark	Att jämföra kortvarig (0-4 månader) och långvarig (0-10 månader) motionsrådgivning och fysisk aktivitet på recept.	I studien deltog två grupper, en lågintensiv och en högintensiv. Den högintensiva gruppen fick i fyra månaders tid ledd träning samt fem gånger motionsrådgivning. Den lågintensiva gruppen fick enbart 4 gånger motionsrådgivning.	n= 327.	Den kortvariga motionsrådgivningen är lika effektiv som den långvariga gällande ökning av den fysiska aktivitetsnivån, förbättring av den maximala syreupptagningsförmågan och ökning av hälsorelaterade livskvalitetsfaktorer.	RCT	1

9.2 Analys av intervjuerna

I detta kapitel beskrivs analysen och resultatet av intervjuerna. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys. Resultatet är indelat i tre underrubriker, enligt masterarbetets frågeställningar.

Först gjordes ett val av analysenheter. Dessa blev alla intervjuer som skrivits ut i sin helhet på dator (8 st.). Som domäner valdes de olika frågeområdena i intervjuguiden som gjorts enligt forskningsfrågorna (3 st.). Därefter markerades meningar och fraser, som var viktiga med tanke på frågeställningarna. Dessa blev meningsbärande enheter. Dessa ordnades upp så att all text som hörde ihop genom sitt innehåll och sammanhang sattes till samma plats. Under analysprocessen kondenserades och abstraherades meningsenheterna. Kondensering betyder att man gör texten kortare, mer lätthanterlig, men utan att det centrala innehållet och annat väsentligt försvinner. Sedan abstraherades den kondenserade texten och försågs med koder. En kod är en etikett på en meningsbärande enhet, som beskriver dess innehåll. Koderna sammanfördes till underkategorier och därefter till överkategorier. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Inget data får falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Därefter skapades teman, som är ett sätt att sammanbinda det underliggande innehållet. Efter denna process söktes förklaringar till likheter och skillnader. (Granskär & Höglund-Nielsen 2008:162-164)

I analysen och i citeringar har det ursprungliga språket (finska) använts för att inte gå miste om värdefull information.

9.2.1 Metoder i motionsrådgivning som främjar fysisk aktivitet

Idrottsinstruktörerna i Esbo ger för det mesta allmän motionsrådgivning, som riktar sig mot stora folkmängder. I intervjuerna med idrottsinstruktörerna kom det fram, att valet av plats och tid är det viktigaste för att motionsrådgivningen ska fungera. Klienterna hittar ej till alla platser, utan motionsrådgivningen bör ordnas där människor rör sig. Ett exempel på fungerande allmän motionsrådgivning är att ordna den på servicehem där äldre människor finns. Synligheten är också viktig. Det borde finnas motionsrådgivning där folkmassor rör sig exempelvis vid olika evenemang. En idé är också olika lockbeten, t.ex. en gratis biljett till en motionsgrupp som ges till klienten i motionsrådgivningen, vilket både får människorna att komma till den allmänna motionsrådgivningen och också att motionera.

En av informanterna (idrottsinstruktör) säger att;

”Paikkavalinta on se tärkein toimivuuden kannalta. Ison Omenan kauppakeskuksessa se on toiminut erittäin hyvin, asiakkaat eivät välttämättä tiedä että siellä on liikuntaneuvonta, mutta he ohjautuvat sinne helposti, se helppo tapa lähestyä. Huono on ollut terveystaseman aula klo 8 aamulla, paikka ja ajankohta eivät olleet hyviä, sen pitää tavoittaa asiakkaan parhaalla mahdollisella tavalla.”

Styrkorna i motionsrådgivningen för tillfället är att Esbo är en stor stad och det finns stort utbud av motionsmöjligheter som klienten kan utöva. Fysioterapeuterna nämnde att problemet är, att det finns endast lite information om utbudet. Man vet ej var man hittar informationen och den ändras snabbt. Då klienterna inte ryms i idrottstjänsternas eller fysioterapins grupper, så vet man inte vart man kunde skicka klienten vidare för att motionera.

En av informanterna (fysioterapeut) säger att;

”Huonommin toimii se, että me ei oikeasti voida montaa kertaa ohjata asiakasta, se jää lyhytaikaiseksi, ja sit se että kolmannen sektorin tarjonnasta ei tiedetä, kaupunki on niin iso ettei tiedetä tarjonnasta. Tiedetään aika hyvin kaupungin liikuntatoimen tarjonta, mutta yhdistysten ja seurojen tiedot puuttuu ja muuttuu.”

Enligt Fogelholm & Vuori (2005:217) är inte enbart utdelning av broschyrer motionsrådgivning. Det behövs alltid en kontakt och kommunikation mellan den professionella och klienten. Enligt studiens intervjuer, så är spridningen av information viktigt i motionsrådgivning. Broschyrer är effektiva. Personalen ser också att vuxna och äldre allt oftare använder internet, vilken är en bra kanal för spridning av motionsinformation. För många klienter som besöker motionsrådgivningen är informationen främmande. Endast muntligt information räcker inte, informationen bör finnas även nedskrivnen. Då motionsrådgivningens servicenummer finns synligt och klart till påseende, är det mer sannolikt att någon ringer till numret. Broschyrer som klienten kan ta med sig borde finnas utspridda på olika ställen, exempelvis i samservicekontoren i staden.

En av informanterna (idrottsinstruktör) säger att;

”Ylipäättään se tiedonjakaminen, monelle tulee asiat ihan uutena, kaikki sporttikortit tai kaupungin toiminta ja ohjattu liikunta, sit ne innostuu ja sit pystyy heti katsomaan että pääseekö he johonkin ryhmään, sekin oli monelle tärkeää että nyt on joku paikka mihin mennä ja aloittaa se liikkuminen.”

Bull & Milton (2010) konstaterar, att diskussion med klienten är ett bra sätt att öka motivationen till fysisk aktivitet. I intervjuerna kom det fram, att motivationen är ofta den väsentligaste faktorn som hjälper människor att öka sin fysiska aktivitetsnivå. Motivationen kan påverkas genom att ge klienten saklig information om motionens verkan. Olika hjälpmedel, t.ex. simbälten och balansdynor, kan göra att klienten upplever motionerandet roligare.

En av informanterna (fysioterapeut) säger att;

”Siis on huomattu, että aika pitkälti asiallinen tieto siitä asiasta että mitkä on ne liikunnan vaikutukset ja tällaiset, ne varmaan motivoi että kertoo että se vaikutus ei tule hetkessä, vaan se kestää jonkin aikaa ja sitten toisaalta jos on ihan jotain apuvälineitä käytössä siinä liikunnassa, jotain hauskoja tasapainotyynyjä tai jotain muita hauskoja käteviä apuvälineitä käytössä, niin sekin varmaan motivoi asiakasta tekemään, et saa siitä hauskaa.”

Endast några få procent av de vuxna som närmar sig pensionsåldern motionerar enligt rekommendationerna. En särskild utmaning utgör de individer som inte alls motionerar, eftersom de utgör en femtedel av individerna i arbetsför ålder. Endast vart tjugonde pensionär motionerar enligt rekommendationerna. Tillräcklig fysisk aktivitet anses vara en av de viktigaste faktorerna för att upprätthålla äldres funktionsförmåga. (Husu et al. 2010: 9) Metoderna i motionsrådgivning bör gå ut på, att kunna nå dem som allra mest behöver fysisk aktivitet. Många av informanterna sade, att detta görs effektivast via hälsocentralen och via läkare, eftersom människorna först går dit med sina krämpor. Även övrig personal inom hälsocentralen borde aktiveras i att ge motionsrådgivning, eller att skicka klienten vidare till motionsrådgivning. Här gick dock idrottsinstruktörernas och fysioterapeuternas syn lite i kors.

En av informanterna (idrottsinstruktör) säger att;

”Mun mielestä on aika hyvä keino terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien kautta saada asiakkaita, nämä ovat just niitä liikkumattomia, esim. diabetespotilaita. 2 tyypin diabetes on tosi monella ja sit muita liikuntaelinsairauksia.”

En annan informant (fysioterapeut) säger att;

”Se tietysti että terveysasemien kautta lääkärit aktivoituu ja hoitohenkilökunta ja omaiset aktivoituu, tiedottaminen ja rummuttaminen että tällaisia mahdollisuuksia on, se on yksi keino. Liikuntatoimella on mahdollisuus pyörittää sellaisia isoja volyymejä. Avofysioterapiassa mahdollisuudet on vähän rajalliset, meidän kautta kulkee paljon porukkaa mutta ei aina just ne ketkä tarttis liikkua, mut siis asian tietoisuuden ylläpitäminen on tärkeää.”

En tredje informant (idrottsinstruktör) säger att;

”... Ne ketkä eniten sitä (liikuntaa) tarvitsee eivät sitä aktiivisesti hae sitä tietoa. Yksi hyvä on fysioterapian kautta, heille tulee näitä kyseisiä henkilöitä jotka ovat liikunnan tarpeessa, he tulevat yksilöohjaukseen, sitten kun he ovat tarpeeksi hyvässä kunnossa että voivat osallistua ryhmäliikuntaan, heille on kiintiöpaikat liikuntapalveluissa, fysioterapeutti voi ehdottaa mihin ryhmään voi tulla, he saa ohittaa sen ilmoittautumisrumban...”

Att utgå från klientens egna behov och önskemål är utgångspunkten i all motionsrådgivning. Att stöda klientens självförtroende i motionsrådgivningen är viktigt. Detta sker genom positiv attityd, uppmuntring och sporrande till att prova olika motionsgrenar. Klienten behöver inte ha färdigt kunnande i att utöva en viss gren. I motionsrådgivning är det viktigt att berätta varifrån klienten får hjälp vid behov.

Enligt intervjuerna är utmaningen med motionsrådgivning för vuxna och äldre den, att dessa målgrupper hela tiden blir större och att de är i allt sämre fysisk kondition. Den tidigare forskningen säger dock att vuxna och äldre motionerar allt mer än tidigare. (Kansallinen liikuntatutkimus)

Det finns olika sjukdomar som begränsar. De psykiska problemen är också allt vanligare. Depression och utbrändhet är vanligt. Bland vuxna finns många arbetslösa och man har ej pengar att sätta på motion. En annan grupp bland vuxna är de som har små barn inte har tid att motionera. Det borde antalsmässigt finnas många fler motionsgrupper dit man kunde skicka dessa klienter från motionsrådgivningen för att kunna motionera. För att främja fysisk aktivitet i motionsrådgivningen, bör det finnas grupper som man kan berätta om för klienten, i vilka man ryms med och genast kan börja motionera. Tröskeln att börja motionera skall göras så låg som möjligt för klienten.

En informant nämnde, att det i Esbo borde finnas hälsokiosker, där det skulle finnas idrottsinstruktörer och fysioterapeuter, vilka kunde ge motionsrådgivning. Hälsokioskerna skulle kunna fungera som en bra metod som hälsofrämjare i motionsrådgivningen.

Läkare når och får tag på klienter lätt genom sitt arbete. Läkare diskuterar i medeltal mindre med sina klienter om fysisk aktivitet och motion än andra yrkesgrupper inom hälsovårdssektorn. Klienter sätter värde på det som läkare säger. (Liikkumisresepti-hankkeen esittely ja siitä tehdyt tutkimukset)

I metoderna inom motionsrådgivningen saknas för tillfället kontakten med läkare. I intervjuerna kom det fram, att idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna anser, att det är läkarna som i ett tidigare skede borde skicka klienter till motionsrådgivningen. Det upplevs att klienten tar läkarens ord mer på allvar.

En av informanterna (fysioterapeut) säger att:

”Joo tuota, se mitä toivoo et mikä voisi toimia paremmin on se linkki tuonne vastaanoton lääkäreille, että ne olis vähän herkempiä siinä kohtaa kun lähettäis liikuntaneuvontaan ja fysioterapiaan jo siinä vaiheessa kun sitä vaivaa ei ihan hirveesti olisi ja että päästäis vaikuttamaan sinne pikkaisen aikaisemmin, siihen toivois parannusta.”

Fysisk aktivitet på recept kunde enligt informanterna vara en metod som skulle förbättra motionsrådgivningen. Alla informanter nämnde, att det för tillfället inte skickas några klienter överhuvudtaget denna väg till idrottsinstruktörer eller fysioterapeuter. Ett önskemål bland informanterna är att läkarna skulle ta fysisk aktivitet på recept allt mer till sitt arbetsredskap, eftersom klienterna eventuellt vore mer motiverade att få sin motionsrådgivning ifall rekommendationen kommit från läkare. Detta resultat stöds av Liikkumisreseptihanke, som utfördes i Finland åren 2001-2004. I projektet försökte man, genom att ta i användning fysisk aktivitet på recept, öka på den motionsrådgivning som läkarna gav. Tyvärr ökade ändå inte användningen av fysisk aktivitet på recept bland läkarna mellan åren 2002-2004. (Liikkumisresepti-hankkeen esittely ja siitä tehdyt tutkimukset)

Olika forskningar visar, att användningen av fysisk aktivitet på recept har varit marginellt. Inhemska och utländska forskningar säger ändå, att fysisk aktivitet på recept är ett effektivt sätt att öka på hälsomotionen bland dem som motionerar alltför lite. (Aittasalo 2008, Kallings 2007, Bull & Milton 2010)

9.2.2 Faktorer som är viktiga i uppföljningen av motionsrådgivning

För tillfället finns inte uppföljning i den motionsrådgivning som idrottsinstruktörerna i Esbo ger. Fysioterapeuter, som mest utför personlig motionsrådgivningen, har en viss uppföljning för sina klienter, vilken i medeltal räcker 3 - 6 månader.

För att motionsrådgivningen skall fungera på bästa möjliga sätt, borde det finnas mera organiserad uppföljning i motionsrådgivningen. Speciellt den personliga motionsrådgivningen som Esbo Idrottstjänster har som mening att utveckla, kräver uppföljning för att det ska vara vettigt att ordna och så att man vet hur man lyckats med arbetet. Uppföljningen borde ske såväl genom personliga möten ansikte mot ansikte, som genom telefonsamtal. Den allmänna motionsrådgivning som ges åt folk i massor, kräver ej uppföljning på samma sätt.

För att klienterna skall hållas fysiskt aktiva efter uppföljningen av motionsrådgivning, krävs det att uppföljningen sträcker sig utöver en tillräckligt lång tid. Då har man möjlighet att kunna påverka klientens vanor. Enligt Bull & Milton (2010) så är det vanligt att till och med 80% av klienterna faller bort vid uppföljningen som görs tre månader efter motionsrådgivningen. Enligt intervjuerna är åtminstone sex månader en minimitid för uppföljning. Under denna tid bör klienten bli biten av motionsflugan, de har lagt märke till att man mår både fysiskt och psykiskt bättre av att röra på sig och därför vill man fortsätta denna nya aktivare livsstil. Det är viktigt att klienten kan motionera i en bekant grupp och med en bekant ledare, eftersom detta ytterligare motiverar motionerandet. Känslan av att någon är intresserad av hur man klarar sig och går framåt med sina målsättningar motiverar klienten att fortsätta motionera.

En av informanterna (idrottsinstruktör) säger att;

”Toivottavasti ne olisi saanut sen kipinän ja tiedon että miten kannattaa liikkua, että ne sillä lailla, no ehkä sen seurannan pitäisi ulottua niin pitkälle että ne saisivat liikunnasta sen hyvän olon tunteen ja että se kannustais heitä jatkamaan vaikkei seuranta olisikaan. Tietysti sitten tällainen ryhmä, että jos ne johonkin ryhmään tulee ja siellä olisi tuttu ohjaaja niin varmaan sillä lailla se seuranta kanssa toimisi.”

Med tanke på uppföljningen i motionsrådgivning upplever sig fysioterapeuterna ha bättre möjlighet till det än idrottsinstruktörerna.

En av informanterna (fysioterapeut) säger att;

”Meillähan on fysioterapiassa hyvä tilanne, me päästään helposti sinne asenteita muokkaamaan kun me nähdään heidät (asiakkaat) useamman kerran. Me pystytään venyttämään kontaktia aika pitkäksi ja olen kokenut että se on hyvä, koska sit on voinut käydä niin että on nähnyt saman potilaan 2-3 vuoden päästä ja sit se on lopahtanut, sitähan se on, ne innostuu ja aloittaa ja motivaatio pysyy jonkin aikaa ja sit se taas notkahtaa. Se mikä mun mielestä on tärkeää on että avataan se homma asiakkaan kanssa ja kerrotaan että notkahduksia tulee ja et se kuuluu tähän hommaan ja muutosprosessiin ennen kuin se lähtee automatisoitumaan ja jää siihen normaaliin elämään.”

En annan informant (idrottsinstruktör) säger att;

”Tämä on kautta aikojen ollut ryhmäliikuntaa ja jos me haluamme että isot massat liikkuu niin meillä ei ole resursseja yksittäisen ihmisen seurantaan, koko toiminnan pitäis muuttua ihan eri tyyppiseksi jotta tähän olisi mahdollisuus.”

9.2.3 Samarbetet mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i en väl fungerande motionsrådgivning

Enligt rekommendationer för fysisk aktivitet är det läkaren som bedömer den fysiska aktivitetens innehåll, risker och möjliga begränsningar som klienten har. Det är läkarens uppgift att motivera klienten att röra på sig. De professionella inom hälsovårds- och idrottssektorn skall genom samarbete med varandra ge individuella råd och följa med förverkligandet av motionerandet. (Käypähoito. Aikuisten liikunta)

I en väl fungerande motionsrådgivning bör det alltså finnas samarbete mellan olika yrkesgrupper, även gällande idrottsinstruktörer och fysioterapeuter. I Esbo upplever idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna att samarbetet fungerar relativt bra, men förbättringar kunde alltid göras. Det att Esbo är en stor stad och att områdena inte

fungerar på samma sätt anses vara ett problem. Om det skulle finnas en kontaktperson från både idrottsinstruktörerna och från fysioterapeuterna skulle det kunna förbättra åtminstone informationsspridningen mellan dessa yrkesgrupper. Det är viktigt att man är medveten om aktuella saker i varandras arbete, såsom t.ex. nya motionsgrupper. Då kan man också informera klienten på rätt sätt.

Enligt Fogelholm & Vuori (2005:227) är det inte hälsovårdssektorns uppgift att ordna motionstjänster. Klienterna bör av de professionella inom hälsovården få rätt information, bli ledda vidare och få möjlighet att kunna delta i ledd motionsverksamhet, oberoende av vem som har gett motionsrådgivningen. I intervjuerna kom det fram, att samarbetet med motionsrådgivning även kunde innebära, att det kunde finnas grupper för varandras klienter, så att man från fysioterapin kunde skicka en klient som inte har några större fysiska begränsningar till idrottsidan och från idrottstjänsterna klienter, som har svårt att klara sig i en ledd grupp, till fysioterapin. Idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna upplever sig ha tillräckligt med kunskande inom sitt eget område och därför kunde man genom samarbete effektivisera motionsrådgivningen. Ifall klienten har många fysiska begränsningar kunde fysioterapeuten ta hand om denna klient, medan idrottsinstruktören kunde sköta om t.ex. mer grenspecifik motionsrådgivning.

Gemensamma träffar och möten 2-4 gånger per år, upplevs vara nödvändiga för att samarbetet i motionsrådgivningen skall fungera. Då kunde man kunna utföra en dialog om vilka behov det finns bland klienterna om exempelvis bildandet av nya motionsgrupper. Kontakten yrkesgrupperna emellan fungerar bra för tillfället genom telefonkontakt och via e-post, men det skulle vara mer givande att träffas i grupp.

En av informanterna (fysioterapeut) säger att;

”Varmaan se naamatusten näkeminen aika ajoin isolla porukalla, monta kertaa se yhteistyö laantuu ja muuttuu rutiiniksi, että hoidetaan sähköpostitse ne tietyt asiat mutta se että keskusteltais ja vietäis asioita puolin ja toisin kerran vuodessa tai puolivuositain alueittain, tulisi kasvot tutuiksi, on ihan eri asia nähdä kasvotusten kun pitää yhteyttä sähköpostitse.”

För att samarbetet i motionsrådgivningen skall fungera, är det enligt informanterna viktigt, att idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna känner till varandras arbete och arbetets innehåll. En klar uppfattning bland dem själva är att idrottsinstruktörens uppgift är att leda grupper och att fysioterapeuten ger personlig handledning. Enligt den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (Social- och hälsovårdsministeriet. ETENE-publikationer 2) är samverkan och vettig arbetsfördelning det vad hälso- och sjukvården behöver. Det måste finnas ett förtroende för varandra, man skall hjälpa och stöda varandra. När samarbetet fungerar bra och folk respekterar varandra, får klienterna mänskligare och bättre vård.

Eloranta (2009) konstaterar, att det finns klara utmaningar i samarbetet med professionella inom hälsovårdssektorn. Utmaningarna har att göra med informationsgången, som ofta är alltför hierarkisk uppbyggd, bristen av ett gemensamt klientregister, arbetarnas brådska i sitt arbete, arbetarna byts ut ofta och bristen på gemensamma samt konkreta målsättningar. (Eloranta 2009)

En informant nämnde bristen av ett gemensamt klientregister och att utvecklandet av det kunde göra samarbetet enklare inom motionsrådgivningen. Tre informanter nämnde arbetarnas brådska som ett problem i utvecklandet av samarbetet.

I motionsrådgivningen är det sällan samma person som tar hand om klientens motionsrådgivning. Bristen av gemensam praxis gällande samarbete i motionsrådgivning försämrar effekten av motionsrådgivningen, eftersom den professionella har svårt att fördjupa sig i klientens situation. Klienten själv kan också känna sig förvirrad eftersom rådgivningsprocessen i detta fall har brutit och den sköts av skilda personer. (Fogelholm & Vuori 2005:226)

För att samarbetet i motionsrådgivningen skall fungera, krävs det att ledningen förbinder sig i verksamheten. På detta sätt möjliggörs utnyttjandet av både ekonomiska- och personalresurser. (Koivuniemi & Suutari 2010: 28) För tillfället upplevs det att det inte finns resurser att förbättra samarbetet mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i Esbo. Det egna arbetet kräver allt mera tid. Men ifall det från ledningen skulle ges möjlighet för ett förbättrat samarbete, så skulle idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna nog vara villiga att göra det.

9.3 Sammanfattning av resultatet

I både litteraturstudien och i intervjuerna kommer det fram, att motionsrådgivning är ett effektivt sätt att öka individers fysiska aktivitetsnivå. I den systematiska litteraturstudien kommer det fram, att fysisk aktivitet på recept motiverar klienter att börja motionera. Samma resultat kommer fram i intervjuerna. I intervjuerna betonades, att speciellt de recept som läkarna skriver har effekt, eftersom läkare har större auktoritet än t.ex fysioterapeuter och idrottsinstruktörer. Det har tidigare forskats mycket kring den motionsrådgivning som ges av läkare. Effekter av den motionsrådgivning som ges av sjukskötare, fysioterapeuter, idrottsinstruktörer har det forskats mindre kring. (Lyyra et al. 2007:239) Enligt litteraturstudiens resultat, anses läkare inte som den bästa yrkesgruppen att ge motionsrådgivning, eftersom de sällan har tid att gå in på ämnet. Däremot vore det bra om läkarna kunde skicka sina patienter vidare för att få individuell motionsrådgivning. (Leinonen et al. 2007)

Litteraturstudien visar, att motionsrådgivning är ett effektivt sätt att främja människors hälsa. Individuell motionsrådgivning är speciellt viktig för äldre människor som har begränsningar att röra på sig. För att kunna främja den fysiska aktiviteten hos äldre, är det ytterst viktigt att känna igen de faktorer som antingen motiverar eller hindrar motionerandet. Fördelarna med att vara fysiskt aktiv tycks många känna till och enbart spridandet av dylik information räcker inte till för att öka motionerandet. I intervjuerna kom man fram till ett annat resultat. Enligt intervjuerna är informationsspridningen en av de effektivaste metoderna i motionsrådgivningen. Genom att effektivt sprida information bl.a. med broschyrer och via internet, så har människorna oftare motionerandet i tankarna och den aktuella informationen gör att det blir enklare att börja motionera. Alla informanter sade, att metoderna i motionsrådgivningen bör utgå från klientens behov. Det gäller att förstärka klientens motivation och självförtroende till fysisk aktivitet.

Utmaningar som finns, är att målgrupperna vuxna och äldre hela tiden växer. Många är i allt sämre fysisk kondition och de har allt mindre tid för att motionera. Litteraturstudiens resultat visar, att man med hjälp av motionsrådgivning tillsammans

med klienten skall kunna planera olika sätt som stöder den fysiska aktiviteten hos vuxna och äldre.

Två forskningar i den systematiska litteraturstudien (Sugden 2008, Pakkala 2008) betonade, att klientens psykiska hälsa förbättrades tack vare motionsrådgivningen. Därför borde denna aspekt tas i beaktande i metoderna samt i uppföljningen av motionsrådgivning. Klientens psykiska hälsa i motionsrådgivningen togs upp av tre informanter.

Resultat från olika forskningar om ämnet motionsrådgivning kommer fram till, att motionsrådgivning har positiva effekter på individers fysiska aktivitetsnivå och psykiska välmående. Metoderna för fungerande och effektiv motionsrådgivning är många. Motionsrådgivning motiverar människan att börja motionera.

Enligt intervjuerna är användningen av konditionstest och stegmätare i motionsrådgivningen inte vanligt. Idrottsinstruktörerna nämnde inte en enda gång dessa hjälpmedel. Fysioterapeuterna sade, att de gör konditionstester, men att de gör de för att kartlägga klientens allmänna kondition, inte som en metod i motionsrådgivning. I litteraturstudien kom det fram, att användningen av dylika hjälpmedel gör att effekten av motionsrådgivningen blir bättre. (Aittasalo 2008, Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007)

Litteraturstudien visar, att uppföljningen i motionsrådgivning är viktig med tanke på att upprätthålla den nya aktivare livsstilen. Uppföljningen i motionsrådgivningen bör ske systematiskt. Den borde räcka minst ett år med regelbundna kontakter med 2-4 månaders mellanrum. Enligt intervjuerna är uppföljningen effektiv, då den sker regelbundet under längre tid, åtminstone 3-6 månader. För att kunna förändra klientens motionsvanor, skall man träffas många gånger. Uppföljning borde ske genom telefonsamtal eller genom personliga träffar. Det är klientens motivation som styr uppföljningen. Klienter blir motiverade att fortsätta motionera, då de själva märker att de är i bättre fysisk kondition. Att motionera i grupp är ett sätt som klienterna själva uppskattar eftersom det förstärker motivationen att få motionera tillsammans med andra, vilket borde tas i beaktande i uppföljningen. Sörensen et al. (2008) konstaterar att det inte är någon skillnad mellan kortvarig och långvarig uppföljning, vilket inte stämmer

överens med övriga resultat som säger att uppföljningen bör räcka åtminstone 3-6 månader.

Litteraturstudien säger, att utmaningar finns i arbetet hur man når de individer som mest är i behov av fysisk aktivitet och på vilket sätt man får dem att förbli fysiskt aktiva. Enligt intervjuerna når man de människor som mest är i behov av fysisk aktivitet och motionsrådgivning via läkare och annan vårdpersonal.

I den systematiska litteraturstudien ingick inte tidigare forskning om samarbete. Enligt intervjuerna behövs det i motionsrådgivningen stöd och uppföljning i samarbete med läkare och övrig personal på hälsovårdscentralen samt med professionella inom motionsbranschen, för att förändra motionsbeteendet och få hållbara resultat. I en väl fungerande motionsrådgivning borde det finnas samarbete mellan olika yrkesgrupper. I denna studie koncentrerades det på samarbetet mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter. I intervjuerna kom det fram, att det borde finnas mer samarbete yrkesgrupperna emellan. Man borde träffas oftare så att man kunde informera varandra om viktiga saker. Idrottsinstruktörer och fysioterapeuter som experter inom sitt eget yrkesområde kompletterar varandra väl i motionsrådgivningen. En kontaktperson från båda yrkesgrupperna vore viktigt att ha.

Litteraturstudien visar, att fördelarna med fysisk aktivitet i det hälsofrämjande arbetet är många. Inom hälso- och sjukvården är bristen på tid en begränsande faktor som påverkar motionsrådgivningen. Personalen anser, att brist på tillit och osäkerhet på egen förmåga att ge rådgivning, påverkar motionsrådgivningen. I intervjuerna nämndes bristen på resurser. Det egna arbetet är så tidskrävande, att det inte finns tid för mer samarbete inom motionsrådgivningsarbetet.

10 BESKRIVNING AV RESULTAT MOT DEN TEORETISKA REFERENSRAMEN

I detta kapitel bearbetas resultaten och studiens resultat beskrivs i förhållande till den teoretiska referensramen.

10.1 Motionsrådgivning utgående från klientens behov

Masterarbetet har ett hälsofrämjande synsätt och därför används synen på hälsa som en del i den teoretiska referensramen. Masterarbetet har en humanistisk inriktning på hälsosynen, eftersom utgångspunkten är hälsa, inte sjukdom. I masterarbetet utgår man från att människan själv är aktiv och fungerar i samspel med sin omgivning.

Resultaten i studien visar, att motionsrådgivningen utgår från klientens behov. Med hjälp av motionsrådgivning vill man förbättra framförallt klientens fysiska hälsa. Då klienten förändrar sitt beteende till en fysiskt aktivare livsstil, förbättras bland annat muskelstyrkan, rörligheten och uthålligheten. Klientens fysiska hälsa blir bättre. Samtidigt som detta sker, börjar klienten också må psykiskt bättre. Klientens egna motivation spelar en stor roll för att i motionsrådgivningen lyckas med målsättningarna. Att motionera i grupp med andra är en faktor som ofta förstärker motivationen. Den sociala hälsan förbättras alltså också tack vare motionsrådgivningen. Detta kan jämföras med WHO:s definition av hälsa från år 1948, vilken säger att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. WHO:s definition har utvecklats en hel del efter detta för att beskriva hälsan allt djupare och mångsidigare. Med hjälp av motionsrådgivningen, dess metoder, innehåll och samarbete mellan professionella, önskar man kunna stöda klienten att nå bästa möjliga tillstånd av individuell hälsa.

Hälsa skall framförallt ge möjlighet, förutsättningar och funktionsförmåga att fungera självständigt och enligt egna behov. (Medin & Alexandersson 2000:65-69) Enligt studiens resultat, är motionsrådgivning en hjälp på vägen.

Att utgå från klientens egna behov och önskemål är utgångspunkten i all motionsrådgivning. Att stöda klientens självförtroende i motionsrådgivningen är viktigt. Detta sker genom positiv attityd, uppmuntring och sporrande till att prova olika motionsgrenar. Klienten behöver inte ha färdigt kunnande i att utöva en viss gren. I motionsrådgivning är det viktigt att berätta varifrån klienten får hjälp vid behov.

Förutom den fysiska, psykiska och sociala indelningen av hälsa, bör en andlig och emotionell dimension beaktas, vilka finns nära den psykiska hälsan. Dessa har att göra med behärskning av känslor och en andlig ro över att vara nöjd med sig själv. (Savola

& Koskinen-Ollonqvist 2005:10-11) Studiens resultat visar, att förbättrandet av klientens psykiska hälsa är viktigt i motionsrådgivningen. Tack vare att klienten lyckas bli fysiskt aktivare, får man känslan av att man lyckats med något viktigt. Med hjälp av motionsrådgivning får klienten goda upplevelser och man kan vara nöjd över sig själv.

10.2 Centrala steg i motionsrådgivningen

Då en individ får motionsrådgivning, så går det att beskriva motionsrådgivningsprocessen med hjälp av den transteoretiska modellen. I motionsrådgivning handlar det om att ändra individens beteende mot en fysiskt aktivare livsstil.

Den transteoretiska modellen utgår ifrån, att det i början av en förändringsprocess är viktigt att öka kunskapen om det aktuella fenomenet. I motionsrådgivningens förnekelsestadie har individen ännu inte några tankar på att förändra sitt beteende. En metod som i motionsrådgivningen är aktuell i detta stadium är informationsspridning, för att få klienten skall börja bli intresserad av att röra på sig. Det gäller att få klienten att aktivt reflektera över sitt beteende. Det kan också hända att klienten inte tror sig kunna förändra sitt beteende, trots att man vet att beteendet ger ogynnsamma konsekvenser. Då gäller det att i motionsrådgivningen stöda klientens självförtroende och kompetens till att genomföra en förändring om man skulle besluta sig för det. (Statens folkhälsoinstitut 2009:10)

I begrundandestadiet har informationsspridningen haft effekt och individen har börjat fundera på en möjlig förändring. Klienten har tack vare motionsrådgivningen börjat fundera på vilka fördelarna med det förändrade beteendet skulle vara. Klienten känner sig ännu osäker och det gäller att i motionsrådgivningen fundera på för- och nackdelar i det gamla beteendet samt det som förändringen skulle medföra. (Statens folkhälsoinstitut 2009:10)

Det tredje stadiet utmärks av att individen är redo att börja motionera och har möjligtvis redan tagit initiativ i den önskade riktningen, men trots det så finns det tankar om vilka

hinder och problem som finns på vägen. I motionsrådgivningen gäller det fortfarande att uppmuntra och förstärka klientens självförtroende. Det gäller att göra tröskeln att börja motionera så låg som möjligt och det är viktigt att klienten med hjälp av motionsrådgivningen får möjlighet att komma med i en motionsgrupp. Man skall tillsammans kartlägga vilka motionsmöjligheter som finns i klientens näromgivning.

I handlingsstadiet är beteendeförändringen påbörjad och motionerandet känns roligt. Klientens nya beteende, tänkande och ansträngningar behöver bli förstärkta för att stabiliseras och utvecklas vidare. I motionsrådgivningen gäller det att få hjälp att fundera över vilka risksituationer som finns och hur de ska undvikas. (Statens folkhälsoinstitut 2010:10)

I det sista stadiet, kontinuitetsstadiet, är det nya beteendet redan en naturlig del av individens livsstil och individen gör sitt allt för att upprätthålla det. Det finns dock ännu en risk för tillbakagång. Därför skall det alltid finnas en möjlighet för klienten att kontakta motionsrådgivningen vid behov. Ifall klienten har möjlighet att motionera i en bekant grupp med en bekant ledare, finns kontakten hela tiden och uppföljning kan ske naturligt. I det sjätte stadiet, vidmakthållandestadiet, har individen totalt förnyat sitt beteende. Den nya fysiskt aktivare livsstilen känns naturligt och sker automatiskt. (Nutbeam & Harris 2005:16-17)

Ifall klienten når vidmakthållandestadiet, så att individen inte mer vill gå tillbaka till gamla ohälsosamma vanor, kan man säga att man nått målsättningen med motionsrådgivningen. Modellen beskriver olika sätt att påverka individer som finns på olika stadier i processen och på vilket sätt man kan påverka framskridandet på önskvärt sätt. Olika stadier kräver olika sätt att påverka. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005:51)

Återfall inträffar och det är viktigt att få klienten att förstå att det är naturligt att det sker tillbakagång. I motionsrådgivningen ska man bekräfta de goda ansträngningar som klienten gjort, konstruktivt diskutera den situation som ledde till återfall och hjälpa klienten att gå vidare. (Statens folkhälsoinstitut 2009:10)

Då det finns samarbete med olika yrkesgrupper i motionsrådgivningen, är det enkelt för klienten att få motionsrådgivning oberoende i vilket stadium man enligt den

transteoretiska modellen befinner sig i. I alla stadier är det viktigt, att man i motionsrådgivningen utgår från klientens behov. Det gäller att påverka klientens motivation till att bli fysiskt aktivare.

Den transteoretiska modellen understryker och tydliggör att den person som ger motionsrådgivning, för att lyckas, måste anpassa sig till klientens grad av motivation. (Statens folkhälsoinstitut 2009: 9)

10.3 Klientens beteendeförändring i motionsrådgivningen

Motionsrådgivningens uppgift är att främja klientens beteendeförändringar mot en fysiskt aktivare livsstil. Med hjälp av social-kognitiv teori kan man känna igen individens tro, värden och självförtroende, vilka avgör ett visst beteende. I motionsrådgivningen är det från dessa egenskaper hos klienten som man utgår ifrån då man funderar på metoder och målsättningar i motionsrådgivningen. Med hjälp av teorin går det lättare att identifiera betydelsen av både sociala normer och omgivningen, som har betydelse och påverkar det egna beteendet. Teorin har också som fokus intresset hur individen och omgivningen påverkar varandra. (Nutbeam & Harris 1999:20,22) I motionsrådgivningen tangeras detta, då man funderar på motionsmöjligheter i klientens näromgivning. Att motionera i grupp och bli påverkad av de sociala faktorerna som gruppen åstadkommer, motiverar klienten att fortsätta motionera.

I motionsrådgivning utgår man ifrån hur klientens beteende och omgivningen samspelar. I motionsrådgivning utgår man från de motionsmöjligheter som finns nära klienten. Klienten påverkas av andra, tar modell från andra och olika förebilder har inverkan på det egna beteendet. Dessa faktorer är viktiga att ta i beaktande ifall motionsrådgivning ges i grupp. I motionsrådgivning är det betydelsefullt att förstå individers förväntningar. Klienter har olika motivation för ett beteende, vilket innebär att man bör poängtera fördelar och nackdelar av ett visst beteende. En ytterligare viktig faktor i motionsrådgivning är betydelsen av människans tro på sin egna förmåga att framgångsrikt utföra ett beteende. I motionsrådgivning utgår man från klientens behov, man vill förstärka klientens tro på sig själv och gör sitt allt för att förbättra klientens

självförtroende. Förbättrandet av självförtroendet är den viktigaste förutsättningen för en beteendeförändring. (Nutbeam & Harris 1999:20-21)

Självförtroendet kan förstärkas i motionsrådgivning genom att klienten får positiva erfarenheter. Då man lyckas får man starkare tilltro till den egna förmågan. Klienten skall omges av positiva förebilder. Då klienten ser andra människor i samma situation som lyckas med att ändra sin livsstil, stärker det tilltron till den egna förmågan. Sedan handlar det om att skaffa sig stöd från omgivningen. Positiv och realistisk feedback förstärker självförtroendet. Dessutom talas det om att fokusera på positiva känslomässiga och kroppsliga tillstånd. Inom området fysisk aktivitet är det viktigt att tänka på att aktiviteten i sig kan leda till negativa känslor, såsom trötthet, värk och smärta. För att hantera dessa negativa känslor, krävs det att klienten har hög självförtroendet. (Statens folkhälsoinstitut 2008:71)

I studiens resultat kom det fram, att metoderna i och uppföljningen av motionsrådgivningen går ut på att förstärka klientens självförtroende till att bli fysiskt aktivare. Det betonas, att inlärning genom observation och inlärning genom deltagande med hjälp av handledning och upprepning, leder till utveckling av färdigheter som behövs i beteendeförändringen. Motionsrådgivning som endast ges en gång har knappast effekter på klientens fortsatta beteendeförändringar. Motionsrådgivning skall ske regelbundet och ges många gånger för att klienten skall få ut bästa nyttan av det. Dessa faktorer är viktiga då självförtroendet och självförmågan byggs upp. (Nutbeam & Harris 1999: 20-21)

11 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel diskuteras studiens trovärdighet, metod och resultat. Diskussionen utförs genom en kritisk granskning.

11.1 Metoddiskussion

En systematisk litteraturstudie är en sammanställning av forskningsartiklar, som grundar sig på en jämförande analys och kritisk granskning av kvalitet i originalstudier. I en

systematisk litteraturstudie bör det finnas ett tillräckligt antal vetenskapliga forskningar av god kvalitet, för att man med hjälp av dem skall kunna komma fram till goda slutsatser och resultat. (Forsberg & Wengström 2008:30)

Trovärdigheten i den systematiska litteraturstudien förbättras av att elva forskningar anses ha hög kvalitet och två forskningar medelkvalitet. Alla forskningar var på engelska, vilket kan påverka förståelsen över innehållet, eftersom engelska inte är skribentens modersmål. I den systematiska litteraturstudien spelar sökorden stor betydelse för att de väsentliga forskningarna hittas. Datasökningen är gjord i ett antal olika databaser med olika sökord för att hitta så många relevanta forskningar som möjligt. Inklusions- och exklusionskriterierna har styrt valet av artiklar. Detta ökar litteraturstudiens tillförlitlighet. I litteraturstudien och i valet av artiklar har man följt exklusions- och inklusionkriterierna. Det har gjorts en kvalitetsgranskning på forskningarna.

Efter den systematiska litteraturstudien gjordes kvalitativa temaintervjuer. Eftersom den systematiska litteraturstudien i detta skede var gjord, så kunde man i intervjuerna fokusera sig på det som forskningen säger. På detta sätt har man försökt få djup i intervjuerna. Intervju valdes som metod för att klarlägga de resultat som kommer fram i litteraturstudien och för att komma djupare in på ämnet. Tack vare intervjun har man kunnat få motiveringar i svaren och man har kunnat göra tillägsfrågor. (Hirsjärvi & Hurme 2000:35) Informanterna till intervjuerna valdes som ett systematiskt urval av en förman. Fastän intervjuaren personligen känner nästan alla informanter, så anses det inte påverka intervjuens reliabilitet, eftersom det är en annan person som valt ut informanterna. Ämnet som det forskades i har inte varit personligt eller känsligt, så därför anses informanterna haft lätt att uttrycka sig till en bekant intervjuare.

Öppenheten i kvalitativa studier kan medföra att de data som samlas in är mycket nyanserade. Den enskilda informanten ger sin tolkning av och sina åsikter om en situation. Den kvalitativa metoden betonar närheten mellan forskaren och respondenterna. Öppenheten, nyansrikedomen, närheten och flexibiliteten i kvalitativa metoder gör att den interna validiteten ofta är hög. (Jacobsen 2007:50-51)

Intervjun gjordes på basen av en intervjuguide. Eftersom intervjun gjordes som telefonintervju, kan det hända att nånting blev osagt i intervjuerna. Diskussionen kom kanske inte så långt in på djupet som man hade önskat. Man gick miste om informanternas kroppsspråk och den non-verbala kommunikationen. Alla intervjuer gjordes på finska, men analysen gjordes på svenska. Intervjuarens oerfarenhet av att göra intervjuer kan ha påverkat metodens giltighet. Oerfarenheten har eventuellt påverkat att temaintervjun, speciellt i början, inte förlöpt smidigt. I en temaintervju är det viktigt att man förflyttar sig till följande temaområde enligt det senaste svaret. (Hirsjärvi & Hurme 2000:124)

Instrumentet i intervjun (intervjuguide) testades på förhand en gång och tekniken (bandspelare) testades före de riktiga intervjuerna gjordes. Alla intervjuer utfördes på samma sätt, som telefonintervju, de bandades in och skrevs ut i sin helhet 1-3 dagar efter att intervjun gjordes och innan analysen påbörjades. Dessa faktorer gör att det går att lita på det material som samlats in, vilket ökar studiens tillförlitlighet. (Hirsjärvi & Hurme 2000:185)

Jacobsen (2007:51) nämner, att man i kvalitativ metod kan kartlägga endast ett fåtal personer. Det blir problem med representativiteten. Denna studie hade åtta respondenter. Det kan anses vara ett tillräckligt antal, eftersom man kunde lägga märke till att idrottsinstruktörerna sinsemellan svarade på liknande sätt och fysioterapeuterna likaså.

I intervjun är det viktigt att få så mycket information som möjligt av det som undersöks. Därför är det bra att ge intervjufrågorna eller teman till informanten på förhand. Med tanke på hur bra intervjun lyckas, rekommenderas att informanterna får bekanta sig med materialet på förhand. (Tuomi & Sarajärvi 2009:73) Alla informanter fick på förhand per e-post en bilaga med intervjuteman, som de fick bekanta sig med om de ville. Alla andra utom två informanter hade bekantat sig med innehållet. Det ansågs ha varit bra med en förhandsfundering, eftersom informanterna då var beredda på vad de skulle säga och de fick det mesta viktiga sagt. Sex intervjuer tog 30 minuter. En intervju tog 20 minuter och den kortaste 15 minuter. Enligt Jacobsen (2007:99) är halvtimmesintervjuer för korta för att man ska få fram relevant information och kunna fördjupa den. Här kan

det försvaras att informanterna fått på förhand fundera på vad de skulle säga under intervjun. De två av informanterna som inte hade bekantat sig med intervjumaterialet på förhand, bidrog med de kortaste intervjuerna.

En fördel med telefonintervjuer är att påverkan av intervjuareffekten kan minska. Det betyder att informanten inte blir påverkad av intervjuarens ansiktsuttryck och gester. Det verkar vara enklare att genomföra ett bra, öppet samtal under personlig intervju än via telefon. (Jacobsen 2007:101) Generellt sett verkar personliga intervjuer innebära färre och mindre allvarliga hot mot reliabiliteten än öppna intervjuer som utförs per telefon. Användningen av telefonintervjuer bör begränsas till situationer där resurserna är begränsade. (Jacobsen 2007:101) I detta masterarbete har temaintervjuer per telefon gjorts på grund av en brådsam tidtabell.

Vid analyseringen av intervjuerna användes innehållsanalys som analysmetod. För att man vid telefonintervjun använde sig av en intervjuguide, så hade innehållet i intervjun kategoriserats på förhand, vilket är kännetecknande för innehållsanalys (Jacobsen 2007:140). I innehållsanalys skapar man olika kategorier för att fylla dem med citat och utsagor. Jacobsen (2007:163) konstaterar, att det kan hända att man väljer ut fel kategorier och att en annan kategorisering kunde ha varit mer meningsfull. I innehållsanalysens kategoriseringsfas har det många gånger funderats över kategoriseringen och man har valt en kategorisering som verkat mest lämplig för studiens resultat. Jacobsen (2007:173) nämner, att en faktor som påverkar studiens tillförlitlighet är användandet av citat i sin text. Användningen av citat är vanligt i innehållsanalys, men frågan blir om man valt ut de rätta citaten. Studiens giltighet förbättras av att de valda metoderna anses ha fungerat och resultaten svarar på studiens frågeställningar.

11.2 Resultatdiskussion

Intern validitet handlar om huruvida studiens resultat uppfattas som riktiga. (Jacobsen 2007:156) För att utöka testningen av intern validitet är det naturligt att jämföra de egna slutsatserna med andra undersökare och andra undersökningar. (Jacobsen 2007:158) Här kan man konstatera, att resultaten från den systematiska litteraturstudien och resultaten från intervjuerna stöder varandra.

Den teoretiska referensramen, som resultatet har beskrivits mot, stöder motionsrådgivning och hälsofrämjande arbete. I intervjuerna kunde man lägga märke till att det fanns likheter sinsemellan i alla idrottsinstruktörers svar och likaså i alla fysioterapeuters svar. Mellan idrottsinstruktörernas och fysioterapeuternas svar fanns olikheter, vilket delvis antas bero på att motionsrådgivningen, som de olika yrkesgrupperna ger, är annorlunda till sin karaktär. Olikheterna i svaren kan också antas bero på att idrottsinstruktörernas och fysioterapeuternas klienter har annorlunda behov. Fysioterapeuternas klienter har ofta fler fysiska begränsningar, vilka påverkar motionsrådgivningen. Motionsrådgivningen som fysioterapeuter ger, har därför ofta att göra med rehabilitering. Däremot har idrottsinstruktörernas klienter färre fysiska begränsningar och man kan lättare enbart koncentrera sig på motionerandet.

Trovärdigheten försämras på grund av att skribenten är nybörjare i att fungera som forskare och i att göra såväl systematiska litteraturstudier som kvalitativa intervjustudier. Skribentens egna förförståelse om motionsrådgivning kan omedvetet ha påverkat analysen av resultaten. Skribenten har själv många år arbetat som idrottsinstruktör i Esbo stad och gett motionsrådgivning åt klienter. Därför kan egen erfarenhet och medvetenhet om metoder i motionsrådgivningen, uppföljningen och samarbetet, omedvetet ha påverkat studiens gång.

Med tanke på att ge råd om motion till människor så finns det en hel del information och tidigare forskning om hur man skall motionera för att främja hälsan på bästa sätt. Utmaningen finns i att hitta lösningar till att kunna ändra sin livsstil och hur man kan nå de människor som inte alls motionerar. I masterarbetet saknas den ekonomiska synpunkten på motionsrådgivningens betydelse för samhället. Det sägs, att personlig motionsrådgivning som förverkligas på ett bra sätt, är ekonomiskt effektivt då man ska ta hand om de stillasittande och passiva individerna i vårt samhälle. (Husu et al. 2010:10) I relation till arbetslivet är resultaten viktiga, eftersom det gäller att utveckla hälsofrämjande verksamhet.

11.3 Slutsatser

Utgående från resultaten har det gjorts en SWOT-analys som kan användas som verktyg då motionsrådgivningen utvecklas i Esbo stad. (Figur 3)

<p>Styrkor:</p> <ul style="list-style-type: none"> -idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna är villiga att samarbeta och utveckla motionsrådgivningen - medvetenheten finns att man skall utgå från klientens behov -det finns redan många bra metoder i motionsrådgivningen, t.ex. informationsspridningen -Esbo är en stor stad och det finns ett stort utbud av motionsmöjligheter - medvetenheten om att platsen och tiden för motionsrådgivning är avgörande 	<p>Svagheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> -brist på resurser -brist på systematisk uppföljning i motionsrådgivningen -det är svårt att nå de individer som är fysiskt inaktiva och allra mest skulle behöva motionsrådgivning - det finns inte tid för ökat samarbete mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter - Idrottsinstruktörer och fysioterapeuter är inte medvetna om alla motionsmöjligheter som finns i staden, eftersom Esbo är så stort -brist på gemensamma motionsgrupper för idrottstjänsterna och fysioterapin
<p>Möjligheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> -effektiverat samarbete mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter samt multiprofessionellt samarbete mellan olika yrkesgrupper -att öka användningen av fysisk aktivitet på recept av läkare - att öka användningen av olika hjälpmedel, tex. stegmätare och olika test - hälsokiosker - utvecklandet av gemensamt klientregister -kontaktperson från fysioterapin och idrotten 	<p>Hot:</p> <ul style="list-style-type: none"> -målgrupperna vuxna och äldre är i allt sämre fysisk kondition -målgrupperna vuxna och äldre blir allt större i antal -målgrupperna vuxna och äldre har allt mindre tid att motionera -arbetet styrs uppifrån, arbetarna har svårt att påverka arbetsuppgifterna

Figur 3 SWOT-analys på motionsrådgivningen i Esbo.

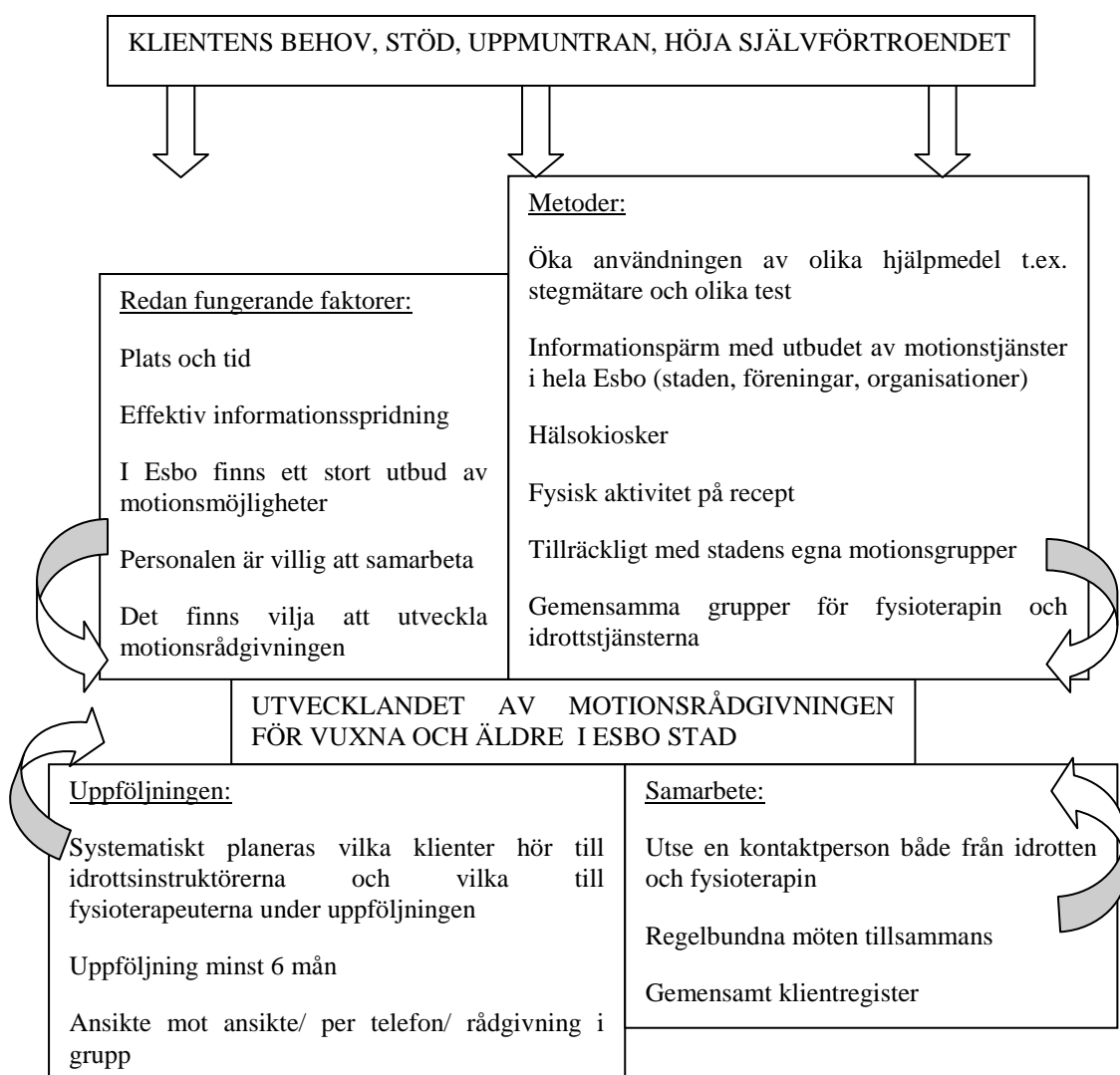
Enligt en SWOT-analys som gjorts utgående från studiens resultat, finns redan bra och fungerande faktorer i motionsrådgivningen i Esbo. En avgörande faktor är platsen och tiden för motionsrådgivningen, vilket man inom Esbo är medveten om. Metoderna utgår

från klientens behov, vilket är viktigt. Informationsspridningen anses som ett effektivt sätt att ge information om motion, vilket man har satsar på. Positivt är, att Esbo är en stor stad och det finns ett stort utbud av motionsmöjligheter. Bra är även det, att idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna är villiga att samarbeta med varandra och det finns vilja att utveckla motionsrådgivningen tillsammans. Enligt SWOT-analysen borde uppföljningen i motionsrådgivningen utvecklas. Det borde systematiskt planeras vilka klienter hör till fysioterapeuten och vilka till idrottsinstruktören under uppföljningen. Att göra det möjligt att ordna uppföljning under längre tid (6 månader) skulle öka klientens möjligheter att förbli fysiskt aktiv. Metoden på vilket sätt man utför uppföljningen kan variera, t.ex. personligen ansikte mot ansikte, per telefon, eller rådgivning i grupp. Metoder hur man kan nå de individer som är de mest fysiskt passiva i vårt samhälle behövs. Enligt studiens resultat, kunde man nå dessa individer via läkare samt övrig vårdpersonal, eftersom de ofta har den första kontakten med de fysiskt inaktiva individerna. Att det inte finns gemensamma grupper för fysioterapin och idrotten anses som en brist. Svagheter är bristen på resurser. Personalen anser, att det inte finns tid för ett ökat samarbete, eftersom de egna arbetsuppgifterna kräver allt mer.

Möjligheter enligt SWOT-analysen är ett effektiverat samarbete mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter samt ett multiprofessionellt samarbete mellan olika yrkesgrupper. Att öka användningen av fysisk aktivitet på recept kunde även vara en effektiv metod inom motionsrådgivningen. Bildandet av hälsokiosker med idrottsinstruktörer och fysioterapeuter runt i staden, vore ett sätt att öka motionsrådgivningen på olika ställen. Utvecklandet av ett gemensamt klientregister skulle förbättra möjligheterna till samarbete mellan idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna i motionsrådgivningen. En kontaktperson både från fysioterapin och från idrottssidan skulle behövas. Regelbundna möten och träffar yrkesgrupperna emellan anses vara bra för att förbättra informationsspridningen.

Utmaningar som finns, är att vuxna och äldre som målgrupper växer hela tiden. Enligt idrottsinstruktörerna och fysioterapeuterna är de också i allt sämre fysisk kondition. Här behövs lösningar för att kunna tillgodose behovet. Därför bör det finnas tillräckligt med motionsgrupper för dessa målgrupper, vilka man i motionsrådgivningen kan berätta om för klienterna. Det skall göras så enkelt som möjligt för klienten att komma med i grupperna. Esbo är en stor stad, vilket leder till att personalen inte alltid är medveten om

vilka olika motionsmöjligheter det finns. Stadens utbud kan man, men utbudet från föreningar och organisationer finns det mindre kunskap om. Dessa borde sammanställas till en informationspärm, som regelbundet uppdateras. Pärmen skulle användas i motionsrådgivningen som arbetsredskap. Ett tips är också att öka användningen av olika hjälpmedel i motionsrådgivningen, såsom stegmätare och olika tester, eftersom dessa gör att effekten av motionsrådgivningen blir bättre. Studien kommer fram till, att för att med hjälp av motionsrådgivning kunna förändra klientens beteende mot en fysiskt aktivare livsstil, bör man ge mycket stöd till klienten samt sköta om uppföljningen i samarbete med olika yrkesgrupper inom hälsovården och idrottssektorn. I figur 4 finns förslag på hur motionsrådgivningen kunde utvecklas i Esbo stad. Figuren är gjord på basen av studiens resultat och SWOT-analysen.



Figur 4 Förslag på utvecklandet av motionsrådgivningen i Esbo stad.

Masterarbetet utgår från personalens synvinkel till motionsrådgivning. Därför vore det intressant att utreda samma saker ur klientens synvinkel. Det skulle vara intressant att ta reda på vilka konkreta råd och frågor i motionsrådgivningen som har mest effekt att öka på klientens fysiska aktivitet. Det blir i detta masterarbete oklart och är därför ett tips för fortsatt forskning. Under masterarbetets arbetsprocess har man kunnat lägga märke till att klientens motivation i motionsrådgivningen är väsentlig. Motivationens roll har man inte i detta arbete gått desto djupare in på och en fortsatt studie om detta vore intressant. Resultaten skulle komplettera de resultat man kommit fram till i denna studie.

KÄLLOR

- Aittasalo, Minna. 2008. *Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care. Feasibility, Effectiveness and an Example on Nationwide Dissemination*. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical education and Health 128, 125 s.
- Bull, Fiona C & Milton, Karen E. 2010. *A process evaluation of a "physical activity pathway" in the primary care setting*. BMC Public Health 2010, 10:463.
- Bonsdorff von, Mikaela B. *Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People*. 2009. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 141. ISBN 978- 951-39-3674-7. (pdf). 104 s.
- Bonsdorff von, M., Leinonen, R., Kujala, U. M., Heikkinen, E., Törmäkangas, T., Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Karhula, S., Mänty, M., Rantanen, T. 2008. *Effect of Physical Activity Counseling on Disability in Older People: A 2-Year Randomized Controlled Trial*. The American Geriatrics Society. 56: 2188-2194.
- Breckon, J.D., Johnston L.H., Hutchison, A. 2008. *Physical Activity Counseling Content and Competency: A Systematic Review*. Journal of Physical Activity and Health 2008, 5: 398-417.
- Fogelholm, M. & Vuori, I. 2005. *Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä*. 1. painos. DUODECIM. Helsinki, 240 s. ISBN 951-656-162-4.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Andra utgåvan. Natur och Kultur. Stockholm, 216 s. ISBN 978-91-27-10016-9.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Upplaga 1:3. Studentlitteratur. Lund, 210 s. ISBN 978-91-44-00155-5.
- Grandes, G., Sánchez, A., Torcal, J., Sánchez-Pinilla, R., Lizarraga, K., Serra, J. The PEPAF Group. 2008. *Targeting physical activity promotion in general practice: Characteristics of inactive patients and willingness to change*. BMC Public Health 2008:8:172.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki, 213 s. ISBN 951-570-458-8.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Upplaga 1:2. Art.nr. 32502. Studentlitteratur. Malmö, 316 s. ISBN 978-91-44-00638-3.
- Janhonen, S. & Mikkonen, N. (toim.). 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki, 264 s. WSOY. ISBN 951-0-25669-2.

- Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M.-L., Ståhle, A. 2007. *Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life*. Scandinavian journal of medicine & science in sports 2008:18:154-161.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Poskiparta, M. 1996. *Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 115 s. ISBN 951-26-4090-2.
- Koivuniemi, K., Suutari, A. (toim.). 2010. *Kokemuksia toimivista liikuntaneuvontakäytännöistä*. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 238. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. Jyväskylä. 30 s. ISBN 978-951-790-288-5.
- Kvale, Steinar. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Upplaga 1:17. Art. nr. 3314. Studentlitteratur, 306 s. ISBN 978-91-44-00185-2.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sive´n, T., Välimäki, P. 1999. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*, 4 uppl., Helsinki: WSOY, 337 s. ISBN 951-0-28837-3.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rasinaho, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Koski, J., Möttönen, S., Kannas, S., Huovinen, P., Rantanen, T. 2006. *Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized controlled trial (ISRCTN 07330512)*. Scandinavian Journal of Medicine Science in Sports. 2007:17: 156-164.
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. (toim.). 2007. *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: EDITA, 267 s. ISBN 978-951-37-4629-2.
- Macheridis, N. 2009. *Projektaspekter. Kunskapsområden för ledning och styrning av projekt*. Upplaga 3:1. Lund: Studentlitteratur, 313 s. ISBN 978-91-44-05476-6.
- Medin, J. & Alexandersson, K. 2000. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur, 180 s. ISBN 91-44-01598-4.
- Mänty, Minna. 2010. *Early signs of mobility decline and physical activity counseling as a preventive intervention in older people*. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 147. ISBN 978-951-39-3882-6 (pdf). 103 s.
- Nikander, Pirjo. *Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena*. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003:40 279-290.
- Nutbeam, D.& Harris, E. 1999. *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories*, 2 uppl., McGraw-Hill Australia Pty Ltd, 81 s. ISBN 0 074 71332 9.
- Pakkala, I., Read, S., Leinonen, R., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rantanen, T. 2008. *The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81- year- old*

people : A randomized controlled trial. American Journal of Preventive Medicine. 46: 412-418.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.* Helsinki, 313 s. 1.-4. painos 2006. WSOY. ISBN 951-0-20587-7.

Social- och hälsovårdsministeriet. ETENE-publikationer 2. *Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården.* ISBN 952-00-1078-5.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. *Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystiikunnan laatusuosituksset.* Oppaita 2004:6. Edita Prima Oy. Helsinki. 40 s. ISBN 952-00-1512-4.

Sugden, J. A., Sniehotta F.F., Donnan, P.T., Boyle, P., Johnston, D.W., McMurdo, M.ET. 2008. *The feasibility of using pedometers and brief advice to increase activity in sedentary older women – a pilot study.* BMC Health Services Research 2008, 8:169.

Sörensen, J.B., Kragstrup, J., Skovgaard, T., Puggaard, L. 2008. *Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise.* Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2008, 18:288-297.

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille.* Tammi. Helsinki. 89 s. ISBN 951-26-4766-4.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Tammi. Helsinki. 182 s. ISBN 978-951-31-5369-4.

Vuori, I. 1996. *Tehokas ja turvallinen terveystiikunta. Terveystiikunnan opas, 1 uppl.,* Forssan kirjapaino, 156 s. Toimittanut Ruuskanen, Eila. UKK- instituutti, Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, Kunnossa kaiken ikää- ohjelma. ISBN 951-9101-23-3.

Zyrichis, A. & Lowton, K. 2005. *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review.* International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 140-153.

Elektroniska källor

Ahonen, K. Idrottsinstruktör, Nurmijärven kunnan liikuntapalvelut. Kontakt per e-post 17.3.2010.

Aittasalo, M. 2010. Liikuntaneuvonta. Lääkäriin käsikirja. Lääkäriin tietokanta. 12.3.2010. Tillgänglig www.terveysportti.fi. Hämtad 7.3.2011.

Eloranta, S. 2009. *Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration*. Turun yliopisto. Sarja D, osa 869. 88 s. ISBN 978-951-29-4049-3.(PDF) Tillgänglig <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf?sequence=1>. Hämtad 10.4.2011.

Espoo-strategia 2010-2013. Tillgänglig <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142>. Hämtad 21.5.2011.

Fogelholm, M., Paronen, O., Miettinen, M. 2007. *Hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystilanteen tila ja kehittyminen 2006*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, UKK- instituutti. Helsinki, 127 s. ISBN 978-952-00-2233-4. Tillgänglig <http://pre20090115.stm.fi/pr1169019512649/passthru.pdf>. Hämtad 14.3.2010.

Fysisk aktivitet på recept. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig <http://www.fhi.se/FaR-/Om-FYSSFaR/>. Hämtad 11.3.2011.

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Pilotstudie>. Hämtad 22.5.2011.

Husu, P., Paronen, O., Suni, J., Vasankari, T. 2011. *Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveystta edistävän liikunnan nykytila ja muutokset*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. 84 s. ISBN 978-952-263-034-6 (pdf). Tillgänglig <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi>. Hämtad 9.5.2011.

Idrottslagen 1054/1998. Tillgänglig <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1998/19981054>. Hämtad 21.5.2011.

Kansallinen liikuntatutkimus. Suomen Liikunta ja Urheilu. www.slu.fi/liikuntapolitiikka/liikuntatutkimus2/. Hämtad 7.3.2011.

Kaste-ohjelmasta hyviä tuloksia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tillgänglig <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1530022>. Hämtad 28.3.2011.

Käypähoito. Tillgänglig <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/hemsida>. Hämtad 28.2.2011.

Käypähoito. Aikuisten liikunta. 8.11.2010. Tillgänglig <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>. Hämtad 6.5.2011.

Lappalainen, R., Koikkalainen, M. 1998. *Terveysneuvonta- mistä se on kiinni?*. Suomen Lääkärilehti. 26/98: 2851-2853. Tillgänglig http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=1&session_id=1371.9232165031. Hämtad 26.4.2011.

- Liikkumisresepti. Mikä on liikkumisresepti? Tillgänglig
<http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html>. Hämtad 11.3.2011.
- Liikkumissuosituksia. UKK-instituuti. <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/suosituksia/823>. Hämtad 20.2.2010.
- Liikkumisresepti-hankkeen esittely ja siitä tehdyt tutkimukset. Käypähoito. 13.10.2010. Tillgänglig
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01209>. Hämtad 6.5.2011.
- Motion på recept. Sundhedsstyrelsen. Tillgänglig
<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Motion%20paa%20Recept.aspx> Hämtad 11.3.2011.
- Packalén-Vehko, L. Terveysliikuntasuunnittelija. Lahden kaupunki, Sivistystoimiala Liikuntapalvelut. Kontakt per e-post 15.3.2010.
- Pakarinen, A. Erityisryhmien liikuntasihteerin. Vantaan kaupungin Liikuntapalvelut. Kontakt per e-post 15.3.2010.
- Rinne, M. 2010. Terveysliikunta. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokanta. 11.3.2010. Tillgänglig www.terveysportti.fi. Hämtad 8.3.2011.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. *Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä*. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja sarja 2/2005. ISBN 952-205-006-7. Helsinki. Edita Prima Oy, 104 s. Tillgänglig
http://www.health.fi/index.php?page=jul_julkaisu&i=100311. Hämtad 19.3.2010.
- Social- och hälsovårdsministeriet och Tekes söker nya serviceenheter för social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/view/1376907>. Hämtad 28.3.2011.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturoversikt: sammanfattning och slutsatser*. 2007. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm. Tillgänglig
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fysisk_sammanf.pdf. Hämtad 20.2.2010.
- Statens folkhälsoinstitut. Forsberg, L., Berglund, O., Forsberg, K. 2009. *Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet*. Manual. Östersund. 41 s. ISBN 978-91-7257-621-6. Tillgänglig <http://www.fhi.se/PageFiles/6484/Motiverande-samtal-far-manual-webb.pdf>. Hämtad 12.5.2011.
- Statens folkhälsoinstitut. 2008. *FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). Ståhle, A. (red.)

616 s. ISBN 978-91-7257-543-1. Tillgänglig
http://www.fhi.se/PageFiles/3158/FYSS_08%281%29.pdf. Hämtad 12.5.2011.

Terveysportti. www.terveysportti.fi. Hämtad 10.3.2011.

Tietoa terveystoiminnasta. UKK-instituutti.
http://www.ukkinstituutti.fi/fi/Tietoa_terveysliikunnasta. Hämtad 20.2.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Tillgänglig
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta. Hämtad
20.2.2010.

BILAGOR

Bilaga 1 Artikelsökning

Academic Search Elite (EBSCO)

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
6.3.2011	counseling AND physical activity AND adults	21 st.	1 st. (Grandes et al. 2008)
6.3.2011	counseling AND physical activity AND elderly	2 st.	0 st.
6.3.2011	counseling AND physical activity	95 st.	3 st. (Bonsdorff et al. 2008 , Bull and Milton 2010, Sugden et al. 2008)

Cinahl (EBSCO)

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
6.3.2011	counseling AND physical activity AND adults	15 st.	0 st.
6.3.2011	counseling AND physical activity AND elderly	4 st.	0 st.
6.3.2011	counseling AND physical activity	26 st.	2 st. (Bonsdorff et al. 2008, Kallings et al. 2007)

SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
6.3.2011	fysisk aktivitet	8 st.	1st. (SBU systematisk litt.översikt 2007)

Cochrane Library (Terveysportti)

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
8.3.2011	counseling AND physical activity AND elderly	14 st.	1 st. (Pakkala 2008)

JYX (doktorsavhandlingar vid Jyväskylä universitet)

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
9.3.2011	liikuntaneuvonta	5 st.	3 st. (Aittasalo 2008, Bonsdorff 2009, Mänty 2010)

SPORTDiscus (EBSCO)

Datum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
8.3.2011	counseling AND physical activity AND adults	22 st.	1 st. (Rinne et al. 2007)
8.3.2011	counseling AND physical activity AND elderly	4 st.	0 st.
8.3.2011	counseling AND physical activity	65 st.	4 st. (Breckon et al. 2008, Leinonen et al. 2006, Kallings et al. 2007, Sörensen et al. 2008)

Bilaga 2 Forskningarna i den systematiska litteraturstudien

- Aittasalo, Minna. 2008. Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care. Feasibility, Effectiveness and an Example on Nationwide Dissemination. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical education and Health 128, 125 s.
- Bull, Fiona C & Milton, Karen E. 2010. *A process evaluation of a "physical activity pathway" in the primary care setting*. BMC Public Health 2010, 10:463.
- Bonsdorff von, Mikaela B. *Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People*. 2009. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 141. ISBN 978- 951-39-3674-7. (pdf). 104 s.
- Bonsdorff von, M., Leinonen. R., Kujala, U. M., Heikkinen, E., Törmäkangas, T., Hirvensalo, M. Rasinaho, M., Karhula, S., Mänty, M., Rantanen, T. 2008. *Effect of Physical Activity Counseling on Disability in Older People: A 2-Year Randomized Controlled Trial*. The American Geriatrics Society. 56: 2188-2194.
- Breckon, J.D., Johnston L.H., Hutchison, A. 2008. *Physical Activity Counseling Content and Competency: A Systematic Review*. Journal of Physical Activity and Health 2008, 5: 398-417.
- Grandes, G., Sánchez, A., Torcal, J., Sánchez-Pinilla, R., Lizarraga, K., Serra, J. The PEPAF Group. 2008. *Targeting physical activity promotion in general practice: Characteristics of inactive patients and willingness to change*. BMC Public Health 2008:8:172.
- Kallings, L.V., Leijon, M., Hellénus, M.-L., Ståhle, A. 2007. *Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life*. Scandinavian journal of medicine & science in sports 2008:18:154-161.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rasinaho, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Koski, J., Möttönen, S., Kannas, S., Huovinen, P., Rantanen, T. 2006. *Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized controlled trial (ISRCTN 07330512)*. Scandinavian Journal of Medicine Science in Sports. 2007:17: 156-164.
- Mänty, Minna. 2010. *Early signs of mobility decline and physical activity counseling as a preventive intervention in older people*. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 147. ISBN 978-951-39-3882-6 (pdf). 103 s.
- Pakkala, I., Read, S., Leinonen, R., Hirvensalo, M., Lintunen, T., Rantanen, T. 2008. *The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81- year- old people : A randomized controlled trial*. American Journal of Preventive Medicine. 46: 412-418.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturoversikt: sammanfattning och slutsatser*. 2007. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm. Tillgänglig http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fysisk_sammanf.pdf . Hämtad 20.2.2010.

Sugden, J. A., Sniehotta F.F., Donnan, P.T., Boyle, P., Johnston, D.W., McMurdo, M.ET. 2008. *The feasibility of using pedometers and brief advice to increase activity in sedentary older women – a pilot study*. BMC Health Services Research 2008, 8:169.

Sörensen, J.B., Kragstrup, J., Skovgaard, T., Puggaard, L. 2008. *Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise*. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2008, 18:288-297.

Bilaga 3 Checklista för granskning av forskningar i den systematiska litteraturstudien

Checklista för systematiska litteraturstudier

(Forsberg & Wengström 2008:194-196)

A. SYFTET MED STUDIEN

B. LITTERATURVAL

- I vilka databaser har sökningen genomförts?
- Vilka sökord har använts?
- Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning?
- Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat?
- Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?
- Vilka begränsningar har gjorts?
- Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?

C. RESULTAT

- Hur många artiklar togs med?
- Hur många artiklar valdes bort, redovisas dessa? Anges motivering för uteslutning av dessa?
- Vilka var huvudresultaten?
- Gjordes en metaanalys? Om ja, vilket resultat erhöles?
- Vilka slutsatser drar författaren?
- Instämmer du? Om nej, varför inte?

D. VÄRDERING

- Kan resultaten ha klinisk betydelse?
- Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas? Motivera varför eller varför inte.

Checklista för kvantitativa artiklar

(Forsberg & Wengström 2008: 197-201)

A. SYFTET MED STUDIEN

- Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
- Är designen lämplig utifrån syftet?

B. UNDERSÖKNINGSGRUPPEN

- Vilka är inklusionskriterierna?
- Vilka är exklusionskriterierna?
- Är undersökningsgruppen representativ?
- Var genomfördes undersökningen?
- När genomfördes undersökningen?
- Är powerberäkning gjord?
- Vilket antal krävdes i varje grupp?
- Vilket antal inkluderades i experimentgrupp respektive kontrollgrupp?
- Var gruppstorleken adekvat?

C. INTERVENTIONEN

- Mål med interventionen?
- Vad innehöll interventionen?
- Vem genomförde interventionen?
- Hur ofta gavs interventionen?
- Hur behandlades kontrollgruppen?

D. MÄTMETODER

- Vilka mätmetoder användes?
- Var reliabiliteten beräknad?
- Var validiteten diskuterad?

E. ANALYS

- Var demografiska data liknande i experimentgruppen och kontrollgruppen? Om nej, vilka skillnader fanns?
- Hur stort var bortfallet?
- Kan bortfallet accepteras?
- Var den statistiska analysen lämplig? Om nej, varför inte?
- Vilka var huvudresultaten?
- Erhölls signifikanta skillnader mellan experimentgruppen och kontrollgruppen? Om ja, vilka variabler?
- Vilka slutsatser drar författaren?
- Instämmer du?

F. VÄRDERING

- Kan resultaten generaliseras till annan population?
- Kan resultaten ha klinisk betydelse?
- Överväger nyttan av interventionen ev.risker?
- Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Motivera varför eller varför inte.

Bilaga 4 Intervjuguide

Bakgrund

- Yrke och hur länge har du arbetat inom din nuvarande arbetsplats?
- Hur många år har du i ditt arbete gett motionsrådgivning åt klienter?

TEMAN SOM SKALL BEHANDLAS:

1) Användning av motionsrådgivningsmodell / Motionsrådgivningen innehåll

- förklara den motionsrådgivningsprocess som klienten går igenom
- innehållet /metoder i motionsrådgivningen
- vad fungerar bra/ vad fungerar dåligt
- finns det någonting du saknar i ditt arbete med motionsrådgivning
- vilka utmaningar finns med vuxna och äldre som målgrupp
- hur når man de individer som mest är i behov av fysisk aktivitet *)
- praktiska och hållbara lösningar om hur motionsrådgivningen borde organiseras *)

2) Uppföljning

- hur fungerar uppföljningen för tillfället
- utvecklingsbehov
- utmaningar i uppföljningsarbetet
- användningen av hjälpmedel i uppföljningen
- på vilket sätt får man klienterna (vuxna, äldre) att förbli fysiskt aktiva då uppföljningen tar slut *)

3) Samarbete

- på vilket sätt fungerar samarbetet med motionsrådgivning mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter för tillfället
- vad fungerar bra / vad fungerar dåligt
- hur upplevs det att ge råd om motion / individuell och professionell kunskap *)
- vilka uppgifter hör till idrottsinstruktören
- vilka uppgifter hör till fysioterapeuten
- erfarenheter av samarbetet kring fysisk aktivitet på recept *)

Vill Du tillägga någonting? Har Du frågor att ställa?

*) frågor som forskningsgenomgången lämnar öppen

Bilaga 5 Haastattelulomake

Taustaa

- Ammatti ja miten monta vuotta olet ollut nykyisessä työssäsi?
- Montako vuotta olet työssäsi antanut liikuntaneuvontaa asiakkaille?

KÄSITELTÄVIÄ TEEMOJA:

Liikuntaneuvontamallin käyttö / Liikuntaneuvonnan sisältö

- kuvaile sitä liikuntaneuvontaprosessia jonka asiakas käy läpi
- liikuntaneuvonnan sisältö / menetelmiä
- mikä toimii hyvin / mikä toimii huonosti
- onko jotain mitä kaipaavat liikuntaneuvontatyössäsi
- mitä haasteita on kohderyhmässä aikuiset ja iäkkäät
- miten tavoittaa ne henkilöt jotka eniten tarvitsisivat liikuntaa *)
- käytännölliset ja kestävät ratkaisut liikuntaneuvonnan organisoimiseen *)

Seuranta

- miten seuranta toimii tällä hetkellä
- kehitystarpeita
- seurannan haasteet
- apuvälineiden käyttö seurannassa
- millä tavoin saa asiakkaat (aikuiset, seniorit) pysymään fyysisesti aktiivisina kun seuranta loppuu *)

Yhteistyö

- miten liikuntaneuvonnan yhteistyö liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välillä toimii tällä hetkellä
- mikä toimii hyvin / mikä toimii huonosti
- miten koet liikuntaneuvonnan antamisen / Ammattitaitoinen ja henkilökohtainen osaaminen *)
- mitkä tehtävät kuuluvat liikunnanohjaajalle
- mitkä tehtävät kuuluvat fysioterapeutille
- kokemuksia yhteistyöstä liikkumisreseptin käytössä *)

Haluatko lisätä jotain? Haluatko kysyä jotain?

*) kysymyksiä joihin kirjallisuuskatsauksen tutkimukset eivät antaneet vastausta

Bilaga 6 Informationsbrev till informanterna

28.3.2011

Bästa personal inom Esbo stad,

Jag heter Marianne Uppa och arbetar som idrottsinstruktör inom idrottstjänsterna i Esbo. Jag studerar vid Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola och avlägger en högre yrkeshögskoleexamen inom hälsofrämjande.

För tillfälle håller jag på att göra mitt masterarbete (Master´s Degree), som jag har fått i uppdrag av min arbetsgivare.

Syftet med studien är att utveckla motionsrådgivningen för vuxna och äldre i Esbo stad. Meningen är att masterarbetet kan utnyttjas av de personer som arbetar med motionsrådgivning som grund för vidareutveckling av verksamheten. Studien syftar också till att utreda centrala principer för ett förbättrat samarbete av motionsrådgivning mellan idrottsinstruktörer och fysioterapeuter i Esbo.

Datainsamlingen består delvis av telefonintervju. Jag hoppas kunna intervjua idrottsinstruktörer och fysioterapeuter som arbetar med motionsrådgivning i Esbo stad. I data-analysen används innehållsanalys.

Temaintervjun utförs på antingen svenska eller finska, helt enligt egen önskan. Ifall det tillåts så bandas intervjun. Intervjun räcker max. 1 timme.

Det som kommer fram i intervjun behandlas konfidentiellt. Det är helt och hållet frivilligt att delta och man får avbryta sitt deltagande om man så vill. Allt material kommer att förvaras hemma hos mig i låst skåp och ingen annan kommer att ha tillgång till materialet. Materialet förstörs efter att masterarbetet blivit godkänt (sommaren 2011). Resultaten publiceras i masterarbetet.

Jag önskar att du kunde delta i studien, eftersom din medverkan behövs för att få fram den rätta informationen.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning:

Marianne Uppa
tel: 040-739 4990
e-post: lovbergm@arcada.fi

Ansvarig lärare:
Camilla Wikström-Grotell
tel. 050-358 0938
e-post: camilla.wikstrom-grotell@arcada.fi

Bilaga 7 Informaatiokirje haastateltaville

28.3.2011

Hyvä Espoon kaupungin työntekijä,

Nimeni on Marianne Uppa ja työskentelen Espoon Liikuntapalveluissa liikunnanohjaajana. Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Arcada- Nylands svenska yrkeshögskolanissa.

Tällä hetkellä teen opinnäytetyötäni (Master´s Degree), jonka olen saanut tehtäväksi työnantajaltani. Opinnäytetyöni tarkoitus on kehittää aikuisten ja senioreiden liikuntaneuvontaa Espoossa. Tarkoituksena olisi, että kaikki ketkä työskentelevät liikuntaneuvonnan parissa voisivat hyödyntää opinnäytetyötäni. Tutkimuksen avulla pyritään myös parantamaan liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä Espoon liikuntaneuvonnassa.

Aineistonkeruu koostuu osittain puhelinhaastatteluista. Toivon voivani haastatella liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja, jotka työskentelevät liikuntaneuvonnan parissa Espoossa. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysin avulla.

Teemahaastattelu tehdään joko suomen- tai ruotsinkielellä, haastateltavan oman toivomuksen mukaan. Jos haastateltava suostuu, niin haastattelu nauhoitetaan. Haastattelu kestää korkeintaan tunnin.

Kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen saa keskeyttää milloin tahansa jos niin haluaa. Kaikki materiaali säilytetään tutkijan kotona lukitussa kaapissa ja kukaan muu ei pääse materiaalin käsiksi. Materiaali tuhotaan kun opinnäytetyöni on hyväksytty (kesällä 2011). Tulokset julkaistaan opinnäytetyössäni.

Osallistumisesi tutkimukseen on tärkeää, jotta saadaan kattavasti tietoa.

Kiitos jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin:

Marianne Uppa
puh. 040-739 4990
s-posti: lovbergm@arcada.fi

Opettaja:
Camilla Wikström-Grotell
puh. 050-358 0938
s-posti: camilla.wikstrom-grotell@arcada.fi

Bilaga 8 Terveydenhuollon työntekijöiden yhdyshenkilölle

28.3.2011

Espoon kaupungin terveydenhuollon työntekijöiden yhdyshenkilölle,

Nimeni on Marianne Uppa ja työskentelen Espoon Liikuntapalveluissa liikunnanohjaajana. Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Arcada- Nylands svenska yrkeshögskolanissa.

Tällä hetkellä teen opinnäytetyötäni (Master´s Degree), jonka olen saanut tehtäväksi työnantajaltani. Opinnäytetyöni tarkoitus on kehittää aikuisten ja senioreiden liikuntaneuvontaa Espoossa. Tarkoituksena olisi, että kaikki ketkä työskentelevät liikuntaneuvonnan parissa voisivat hyödyntää opinnäytetyötäni. Tutkimuksen avulla pyritään myös parantamaan liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä Espoon liikuntaneuvonnassa.

Aineistonkeruu koostuu puhelinhaastatteluista. Toivon voivani haastatella liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja, jotka työskentelevät liikuntaneuvonnan parissa Espoossa. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysin avulla.

Teemahaastattelu tehdään joko suomen- tai ruotsinkielellä, haastateltavan oman toivomuksen mukaan. Jos haastateltava suostuu, niin haastattelu nauhoitetaan. Haastattelu kestää korkeintaan tunnin.

Kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen saa keskeyttää milloin tahansa jos niin haluaa. Kaikki materiaali säilytetään tutkijan kotona lukitussa kaapissa ja kukaan muu ei pääse materiaalin käsiksi. Materiaali tuhotaan kun opinnäytetyöni on hyväksytty (kesällä 2011). Tulokset julkaistaan opinnäytetyössäni.

Apuanne tarvitaan, jotta oikeat henkilöt haastatteluihin löydetään. Tietoa opinnäytetyöstäni saa antaa eteenpäin ja mahdolliset haastateltavat voivat olla yhteydessä suoraan minuun joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Haluan vielä korostaa että kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti.
Kiitos avustanne!

Ystävällisin terveisin:

Marianne Uppa
puh. 040-739 4990
s-posti: lovbergm@arcada.fi

Opettaja:
Camilla Wikström-Grotell
puh. 050-358 0938
s-posti: camilla.wikstrom-grotell@arcada.fi

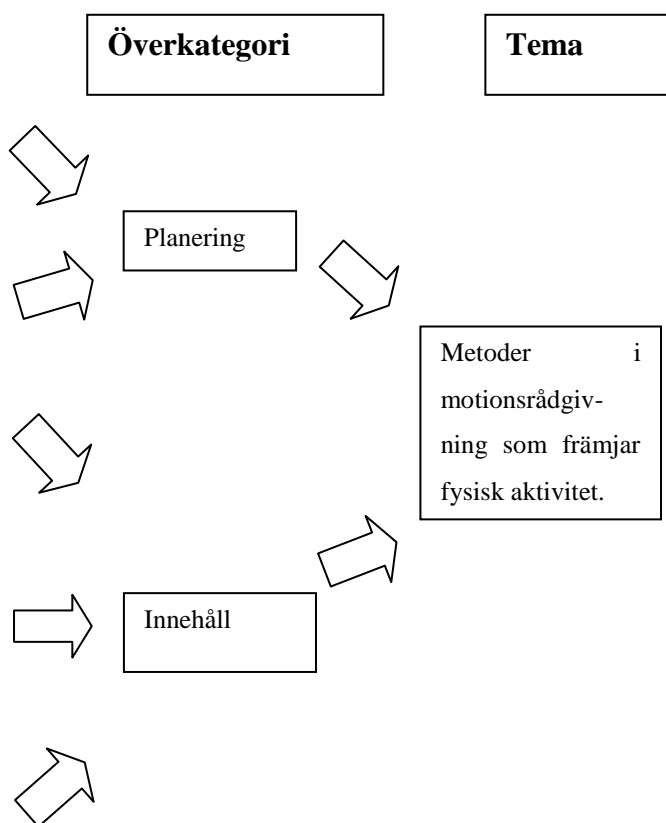
Bilaga 9 Innehållsanalys

- Val av analysenhet: 8 st. intervjuer som transkriberats
- Val av domäner: de olika frågeområdena i intervjuguiden som gjorts enligt forskningsfrågorna (3 st.).

METODER I MOTIONSRÅDGIVNING SOM FRÄMJAR FYSISK AKTIVITET

Ex. på meningsbärande enhet	Ex. på kondensering	Ex. på kod
<i>"Oikeastaan kaikista huonokuntoisimmat menee lääkärille erilaisten vaivojen kanssa, eli lääkärillä pitäis olla jonkinlainen se ensimmäinen tietotaito miten se potilas ohjautuisi, mun mielestä aika hyvin asiakkaat netin kautta, ne katsoo ja netistä seurataan, ja liikuntatoimen esite on hyvä, sitä me kyllä jaetaan."</i>	Läkaren som ofta har den första kontakten med klienten borde ge information och skicka klienten vidare. Klienterna följer med internet. Broschyrer är bra.	Mångsidig informations-spridning, t.ex. via läkare, internet och broschyrer.

Underkategori
Plats och tid för motionsrådgivning. Antal koder: 6 st.
Esbo är stort och områden fungerar olika och har olika motionsmöjligheter. Antal koder: 5 st.
Få klienter via läkare och annan vårdpersonal. Antal koder: 4 st.
Det ska vara enkelt att komma med och det ska finnas tillräckligt med motionsgrupper som klienten kan gå till. Antal koder: 6 st.
Gemensamma grupper för idrotten och fysioterapin. Antal koder: 3 st.



Hälsokiosker i Esbo. Antal koder: 1 st.
Mångsidig informations-spridning. Antal koder: 12 st.
Fysisk aktivitet på recept. Antal koder: 7 st.
Klientens behov. Antal koder: 4 st.
Klientens motivation. Antal koder: 3 st.
Förstärka klientens självförtroende. Antal koder: 7 st.
Målgruppen äldre är i allt sämre fysisk kondition. Antal koder: 2 st.
Målgruppen vuxna har allt mindre tid att motionera. Antal koder 2 st.



Hjälpmedel



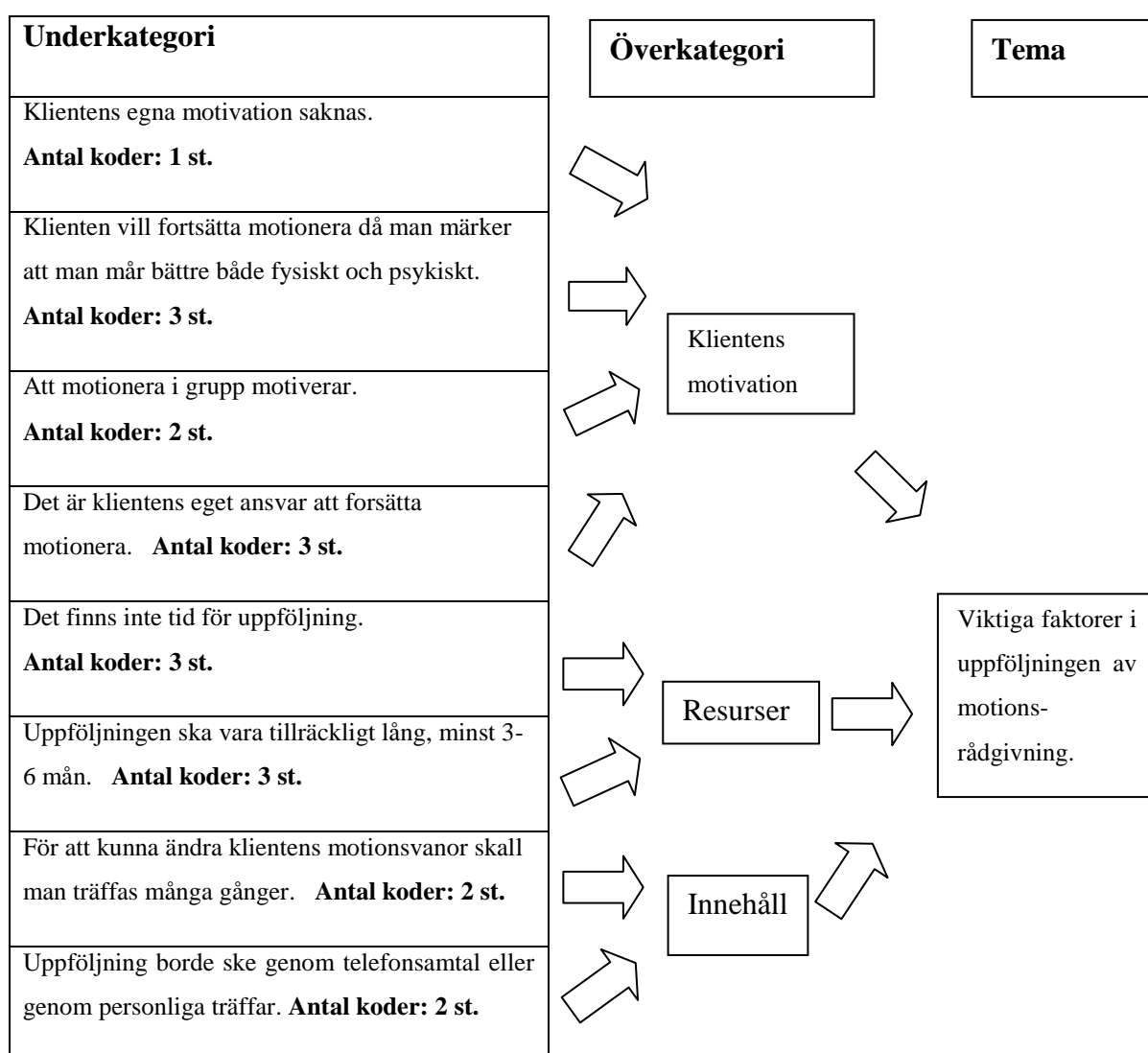
Metoder i
motionsrådgivning
som främjar fysisk
aktivitet.



Klienten som
utgångspunkt

VIKTIGA FAKTORER I UPPFÖLJNINGEN AV MOTIONSÅRÅDNING

Ex. på meningsbärande enhet	Ex. på kondensering	Ex. på kod
<p>”...Kyllähän meille sanotaan ja suositellaan että useita kertoja olisi saman asiakkaan kanssa että voi ottaa kontrolliin mutta jos ajatellaan jotain ryhmiä niin joku selkävointoryhmä niin minunkin ryhmäläiset toivoo että olisi puolen vuoden jälkeen esimerkiksi kun ne lopetti silloin ennen joulua että sitten keväällä tavattais.”</p>	<p>Det rekommenderas att vi träffar samma klient många gånger och grupperna önskar att vi skulle träffas efter en viss tid.</p>	<p>Klienter har ett behov av uppföljning.</p>



SAMARBETET MELLAN IDROTTSINSTRUKTÖRER OCH
FYSIOTERAPEUTER I MOTIONS RÅDGIVNING

Ex. på meningsbärande enhet	Ex. på kondensering	Ex. på kod
<i>"Varmaan se naamatusten näkeminen aika ajoin isolla porukalla. Monta kertaa se yhteistyö laantuu ja muuttuu rutiiniksi, että hoidetaan sähköpostitse ne tietyt asiat, mutta se että keskusteltaisiin ja vietäisiin asioita puolin ja toisin kerran vuodessa tai puolivuositain alueittain, tulisi kasvot tutuiksi. On ihan eri asia nähdä kasvotusten kun sähköpostitse."</i>	Man borde träffas oftare i grupp. Ofta minskar samarbetet och blir rutin. Per email går det att sköta vissa ärenden, men det är helt annat att träffas personligen en gång per år eller en gång per halv år.	Man borde träffas oftare, en gång per år eller en gång per halvår.

