JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare

Förbättrat deltagande i träningsbaserad hjärtrehabilitering med hjälp av beteendeförändringstekniker

En kvalitativ studie baserad på beteendeförändringsmodellen COM-B

HUVUDOMRÅDE: *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd*
FÖRFATTARE: *Tomislav Azdajic*
COACH: *Anna Österström*
HANDLEDARE: *Martina Boström*
JÖNKÖPING: 2024 januari

Förord

Jag vill rikta ett varmt tack till de personerna som deltog i studien och osjälviskt delade med sig av sina värdefulla erfarenheter. Ett stort tack också till kollegor i förbättringsteamet som varsamt och ihärdigt arbetar med att förbättra hjärtrehabiliteringen de kloka tankarna och det altruistiska förhållningssättet. Jag vill rikta ett stort tack till Martina Boström och Anna Österström som handlett mig och utmanat mig i mitt lärande under hela examensarbetet. Ett stort och varmt tack går även till verksamhetschef Susanne Almers som har gett sitt stöd under hela mastersutbildningen. Sist men inte minst går min varmaste tack till min underbara familj som har uppmuntrar och stöttar mig och stått stadigt vid min sida.

Jönköping januari 2024

Sammanfattning

Bakgrund: Under de senaste 30 åren har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomarna minskat och fler och fler personer lever med sjukdomen. Träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR) är en effektiv sekundärpreventiv åtgärd som förblir en underutnyttjad behandlingsform på grund av bristfälligt deltagande.

Syfte: Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra deltagande i THR. Syftet med studien av förbättringsarbetet var att genom den teoretiska modellen COM-B undersöka hur patienter uppfattar vad som underlättar eller hindrar deras deltagande i THR.

Metod: Med hjälp av Nolans förbättringsmodell testades två förändringar inom ramen för THR, nämligen ”Min träningsplan” och ”Träning ute”. Studie av förbättringsarbetet var en kvalitativ studie som baserades på COM-B modellen. Data från sju semistrukturerade intervjuer transkriberades och analyserades med hjälp av deduktiv innehållsanalys.

Resultat: Resultat av förbättringsarbetet visade förbättrat deltagande i THR. I genomsnitt påbörjade 62 % av patienterna THR och de deltog i genomsnitt två tillfällen mer än före förbättringsarbetet. Studien av förbättringsarbetet visade på att dynamiskt tankesätt, aktiv livsstil, stöttning, ansvarstagande, målbilder, positiva känslor kring träning och upplägg verkade vara förknippade med det som underlättade deltagande i THR. Det som hindrade deltagande i THR var samsjuklighet och trötthet, svårighet att få ihop sitt livspussel samt oro och rädsla kring fysisk aktivitet.

Slutsats: Oberoende vilka förändringsidéer som hade testats framstod det att patienternas egna förmågor och motivation utvecklades genom större fokus på beteendeförändring som framtagande av ”Min träningsplan” och ”Träning ute” gav upphov till. Det sociala sammanhanget, trygghet kring fysisk aktivitet, framtidshopp, välbefinnande och längtan till livet innan sjukdomen var faktorer som gjorde att deltagande i THR ersatte andra konkurrerande beteenden.

Nyckelord: *Beteendeförändring, träningsbaserad hjärtrehabilitering, deduktiv innehållsanalys*

Summary

Improved participation in exercise-based cardiac rehabilitation using behaviour change techniques - A qualitative study based on the COM-B behaviour change model

Background: During the last 30 years, mortality from cardiovascular diseases has decreased and more and more people are living with the disease. Exercise-based cardiac rehabilitation (ExCR) is an effective secondary prevention measure that remains an underutilized form of treatment due to poor participation.

Purpose: The purpose of the improvement work was to increase participation in ExCR and the study of the improvement work aimed to use the COM-B theoretical model to investigate how patients apprehended hindering and promoting factors regarding participation in ExCR.

Method: Using Nolan's improvement model, two changes to the framework for ExCR were tested, namely "My training plan" and "Training outside". The study of the improvement work was a qualitative study based on COM-B model. Data from seven semi-structured interviews were transcribed and analysed using deductive content analysis.

Results: Results showed improved participation in ExCR, 62% of patients started ExCR and they attended an average of two more sessions than before the improvement work. Study showed a growth mind-set, active lifestyle, support, taking responsibility, goal images, positive feelings about training and setup were promoting factors for participation in ExCR. Barriers were co-morbidity, fatigue, difficulty putting together the life's puzzle and worry and fear about physical activity.

Conclusion: Regardless of which change ideas had been tested, it was clear that the patients' own abilities and motivation were developed through a greater focus on behavioural change, which the development of "My training plan" and "Exercise outside" gave rise to. The social context, feeling safe, hope for the future, well-being and longing for life before the illness were associated with capability to manage competing behaviours in order to participate in ExCR.

Keywords: *Behavioural change, exercise-based cardiac rehabilitation, deductive content analysis*

Begrepp- och förkortningsförklaringar

Bassängträning	Fysisk träning i bassängen
COM-B	Beteendeförändringsmodell vars grundtanke är interaktion mellan förmåga, möjlighet och motivation för att ett beteende ska bli av. COM-B är engelsk akronym Capability, Opportunity, Motivation, Behaviour.
Dynamiskt tankesätt	Ett förhållningssätt att människans grundläggande förmågor kan utvecklas genom engagemang och hårt arbete det vill säga att intelligens, begåvning och kompetens går att påverka genom ansträngning.
FaR	Individ anpassad ordination av fysisk aktivitet som skrivs ut i form av ett recept. FaR är akronym för Fysisk Aktivitet på Recept.
Fysisk kapacitet	Fysisk kapacitet omfattar kondition (aerob kapacitet, syreupptagningsförmåga), muskulär uthållighet samt muskelstyrka.
Fysisk träning	En klar målsättning att öka fysisk kapacitet. Det önskade resultatet av den fysiska träningen är att öka den maximala syreupptagningsförmågan (konditionen) eller muskelstyrkan.
Gympaträning	Varierande fysisk träning på land
Hjärt- och kärlsjukdomar	Samlingsbegrepp för sjukdomar som drabbar hjärtat eller blodkärl
Hjärtsvikt	Ett kliniskt syndrom i hjärtat till följd av hjärtats försämrade pumpförmåga
IMRaD	Standard och struktur för vetenskapligt skrivande. Engelsk akronym och står för Introduction, Methods, Results, and Discussion
Kranskärlsjukdom	Förträningar i hjärtats blodkärl som orsakar otillräcklig blodförsörjning och följaktligen syrebrist i den del av hjärtmuskeln som aktuellt kärl försörjer.
Rehabiliteringsassistent	Vårdpersonal som assisterar vid rehabiliteringen och som inte har formel rehabiliteringsutbildning.
COVID-19	Corona virus (SARS-CoV) som lett till pandemi 2019
Sekundär prevention	Åtgärder som syftar till att minska återfall i sjukdom. Omfattar rökstopp, nutrition, minskning av blodfetter, lägre blodtryck och ökad fysisk aktivitet.
SQUIRE	Standard och struktur för vetenskaplig rapportering av kvalitetsförbättringar inom hälsa och välfärd. SQUIRE är engelsk akronym för Standards for Quality Improvement Reporting Excellence
Tjänstedesign	Metodik som syftar till att utveckla en lösning som avspeglar tjänstens syfte, funktion och profil och därmed vara attraktiv för en viss målgrupp.
Träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR)	Träningsbaserad hjärtrehabilitering är rehabilitering som utförs i forma av fysisk träning med målsättning att förbättra den försämrade fysiska kapaciteten till följd av hjärtsjukdomen.

Innehållsförteckning

Inledning 1
Bakgrund 1
Beteendeförändringsmodell COM-B 2
Kvalitetsförbättring och förbättringsmodellen 4
Rationale 5
Syften 6
Förbättringsarbetets syfte 6
Smarta mål 6
Studiens syfte 6
Frågeställningar 6
Metod och material 6
Kontext 6
Författarens roll 7
Metod för förbättringsarbete 8
Nulägesanalys 8
Prioritering av förbättringsområde 9
Förbättringsidéer 9
Mätetal 10
Test och utvärdering av de föreslagna förändringarna 11
Förändringsidé: ”Träna ute” 11
Förändringsidé: ”Egen träningsdagbok” 11
Metod för studien 12
Design 12
Urval/deltagare 12
Datainsamling 12
Dataanalys 13
Etiska överväganden 14
Resultat 15
Resultat av förbättringsarbetet 15
Resultat av studien 19
Faktorer som främjar deltagande i THR 20
Faktorer som hindrar deltagande i THR 22
Diskussion 23
Resultatdiskussion 23
Metoddiskussion 24
Metod förbättringsarbete 24
Metod studie 25
Slutsatser 26
Praktiska implikationer 26
Bilagor 30

Bilaga 1. Patientresa med fokus på hjärtrehabilitering 30
Bilaga 2. Mätmatris för mätetalen som ingår förbättringsarbete 31
Bilaga 3. Enkät träningsplan.....32
Bilaga 4. Intervjuguide 33
Bilaga 5. Studieinformation 34
Bilaga 6.Exempel deduktiv innehållsanalys.....36
Bilaga 7. Min träningsplan 37

Inledning

”Det blev skönt att komma ut, skönt att man rör på sig man blir piggare. Det är jättegött, även om det snöade eller regnade det är gött ändå.” [Citat deltagare]

Träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR) har länge varit en underutnyttjad behandlingsform på grund av lågt deltagande (Socialstyrelsen, 2018). Liksom i Sverige är ett lågt deltagande i THR ett problem på den lokala rehabiliteringsenheten på ett mellanstort akutsjukhus i södra Sverige. Mer än hälften av de patienterna som hade remitterats till fysioterapeut, avböjde deltagande i THR och dessutom hade de patienterna som påbörjat THR tränat i genomsnitt minder än hälften av de ordinerade träningstillfällena. Eftersom patienterna upplever försämrad fysisk kapacitet, till följd av sjukdomen och därmed även försämrad livskvalitet fanns incitament både för patienter och för personal att förbättra deltagande i THR. För att försöka påverka patienternas kunskap, insikt och motivation avseende deltagande i THR genomfördes ett förbättringsarbete som innefattade egenmonitoreringsverktyg ”Min träningsplan” och träning som liknar vardagliga aktiviteter ”Träna ute”. Förbättringarna hade som mål att öka deltagande i THR.

Den här mastersuppsatsen har för avsikt att beskriva det genomförda förbättringsarbetet samt studien av förbättringsarbetet som använder Capability, Opportunity, and Motivation - Behavior (COM-B) som teoretisk modellen. Arbetet skrivs i enlighet med IMRaD dispositionsmodellen med inspiration av Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) (Ogrinc et al., 2016).

Bakgrund

Hjärtkärlsjukdomar som till exempel kranskärlssjukdom, klaffsjukdom, arytmi, hjärtsvikt är de främsta dödsorsakerna både globalt och nationellt (Socialstyrelsen, 2018; WHO, 2021). Vården samt omhändertagandet av personer som drabbats av hjärtsjukdom är en komplex hälsoutmaning. Tack vare de nya effektivare behandlingarna har dödligheten kontinuerligt minskat under de senaste tre decennierna och allt fler personer lever idag med sjukdomen (Socialstyrelsen, 2018). Trots det påverkar den försämrade fysiska kapaciteten, till följd av sjukdomen, inte enbart överlevnad utan också livskvalitet negativt (Lans, 2021; Socialstyrelsen, 2018)

Träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR) har såväl vid hjärtsvikt som vid kranskärlssjukdom bevisat god effekt på både fysisk kapacitet och hälsoupplevd livskvalitet (Borg, 2021; Lans et al., 2018; Lawler et al., 2011). THR är en rehabiliteringsinsats som utförs i form av kondition- och styrketräning och leds av fysioterapeut. Målsättningen med THR är att förbättra patienternas försämrade fysiska kapacitet till följd av hjärtsjukdomen samt bidra till långsiktiga beteendeförändringar. Träningsintensiteten och träningsprogrammet utformas med hänsyn till patientens fysiska kapacitet. Deltagare rekommenderas träna minst tre dagar per vecka där konditionsträning pågår i minst 30 minuter och med intensitet motsvarande 12–17 enligt Borgs-RPE skala (Rating of Perceived Exertion Scale). Styrketräning är också en aktiv komponent av THR och utförs under 20-30 minuter vid varje träningstillfälle (Borg et al., 2020). Senaste Cochrane systematiska översikter av effekterna av THR visar att THR har flera gynnsamma effekter som till exempel minskad dödlighet, minskat återinsjuknande samt minskade sjukhusinläggningar (Dibben et al., 2021; Long et al., 2019).

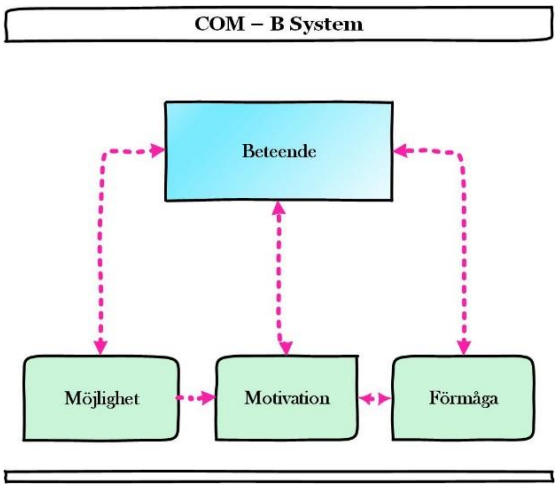
Trots de goda effekterna förblir THR en underutnyttjad behandlingsform på grund av lågt patientdeltagande (Borg et al., 2019; Socialstyrelsen, 2018). European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation uppskattar att enbart 15 % till 20 % av personer som lever med hjärt-kärlsjukdom i Europa deltar i THR (De Vos et al., 2013). Bilden ser likadant ut i de flesta länder världen runt (Ruano-Ravina et al., 2016). Bristande deltagande i THR har under många år varit en utmaning så väl i Sverige som på den lokala rehabiliteringsenheten (RiksSvikt, 2020; SWEDEHEART, 2020). Vid sidan av det faktum att många patienter avstår från THR i sin helhet antyder Ögmundsdottir Michelsen et al. (2020) att även de som valt att delta i THR saknar uthållighet i deltagandet. Orsaker till bristande deltagande är välkända och handlar bland annat om bristande tilltro till den egna förmågan och bristande kunskap om sjukdomen (Borg et al., 2019; Bäck et al., 2017; Clark et al., 2012).

För att adressera beteendeförändringar kopplade till deltagande i THR har tydliga beteendeförändringstekniker (BFT) använts med framgång i en svensk kontext (Borg et al., 2020). Oftast förekommande BFT i Sverige är trots allt ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) som enligt flera studier visades bidra till ökad tilltro till den egna förmågan och därmed en mer fysiskt aktiv livsstil (StatensFolkhälsoinstitut, 2012).

Goodwin et al. (2016) och McAuliffe et al. (2021) föreslår att THR består av BFT som vanligtvis inte betraktas som sådana. Utifrån taxonomi för BFT som hade utarbetats av Michie et al. (2013), kunde McAuliffe et al. (2021) identifiera nio beteendeförändringstekniker inom THR, nämligen: trovärdig källa, information om hälsokonsekvenser, instruktion, demonstration, övning/repetition, biofeedback, egenmonitorering, graderade övningar och social belöning.

Enbart en studie av Pack et al. (2013) hade kommit till författares kännedom som beskrev systematiskt förbättringsarbete för att förbättra deltagande i THR. Trots evidensen som pekar på komplexitet bakom det låga deltagandet i THR har medarbetare på Mayo Clinic lyckats med hjälp av enkla förändringar öka deltagande i THR samt att fler deltagare fullföljde hela rehabiliteringsprogrammet. Insatserna bestod av BFT som informationsfilm som alla patienter redan på avdelningen fick se samt belöningsprogram i samband med genomförandet av THR (Pack et al., 2013).

Beteendeförändringsmodell COM-B

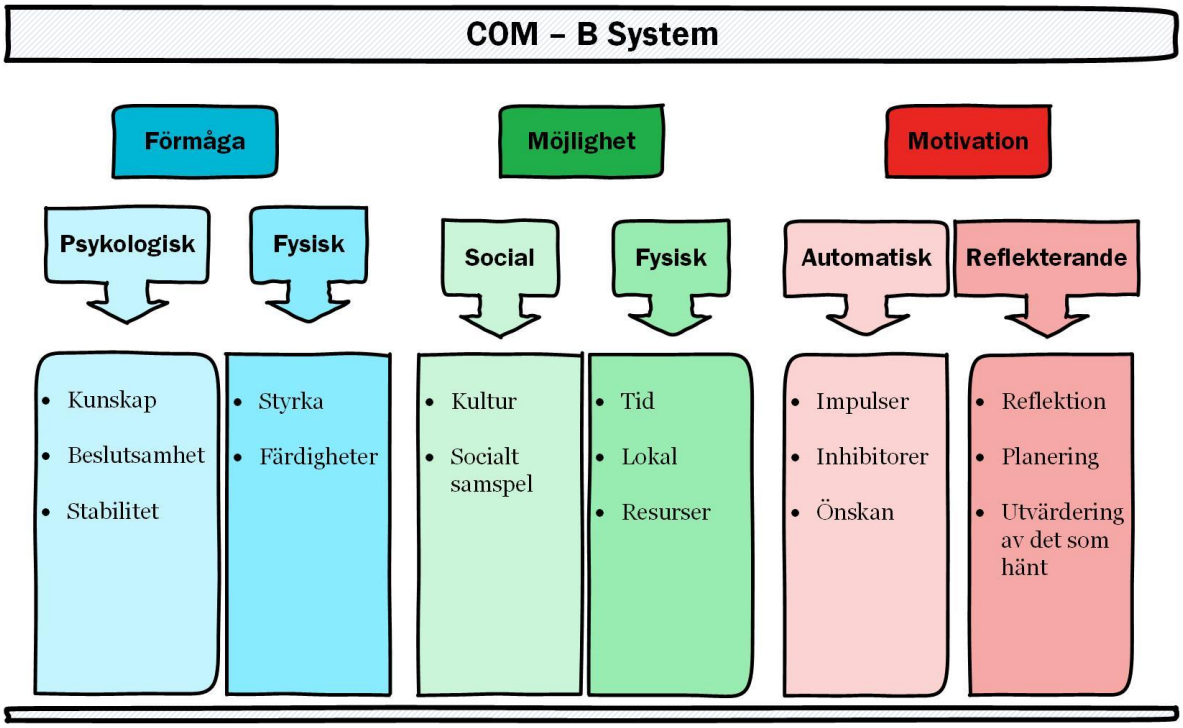


Figur 1. COM-B System – ett ramverk för att förstå beteende (Författarens figur inspirerad av Michie et al. (2011))

För att studera det komplexa samspelet mellan olika faktorer som påverkar THR-deltagarnas beteenden, genomfördes studien av förbättringsarbetet med hjälp av COM-B teoretiska modellen. I COM-B modell (**C**apability, **O**pportunity, **M**otivation – **B**ehaviour) kopplas ihop alla de faktorerna som ett beteende är uppbyggt av (Michie et al., 2011). Michie et al. (2011) föreslog att COM-B modell kunde bidra till att designa bättre hälsoinsatser och förbättra implementeringar av evidensbaserad vård. I praktiken innebär det att ett visst beteende inträffar när människor har förmåga och möjlighet att agera vilket bidrar till att de blir mer motiverade för att genomföra det önskade beteendet och konkurrerar ut de andra oönskade beteendena. I figur 1 visas komponenterna som interagerar med varandra och bildar ett beteendesystem.

Varje komponent i COM-B modellen delas ytterligare i fler kategorier (Figur 2) nämligen:

- Förmåga (Capability) avser våra psykologiska och fysiska förmågor som krävs för att genomföra ett visst beteende. Den beskrivs till exempel som vår kunskap, psykologisk styrka, fysiska styrka, skicklighet eller uthållighet.
- Möjligheter (Opportunity) avser yttre faktorer som gör utförandet av en särskilt beteende möjligt. De beskrivs i termer av fysiska möjligheter såsom tid, plats, resurser och sociala möjligheter såsom kulturella normer och sociala samspel.
- Motivationen (Motivation) avser våra interna processer som påverkar vårt beteende och vårt beslutsfattande. Den består av en reflekterande process som till exempel planering och utvärdering av tidigare erfarenheter, samt av automatiska processer som handlar om våra impulser, önskningar och hämningar.

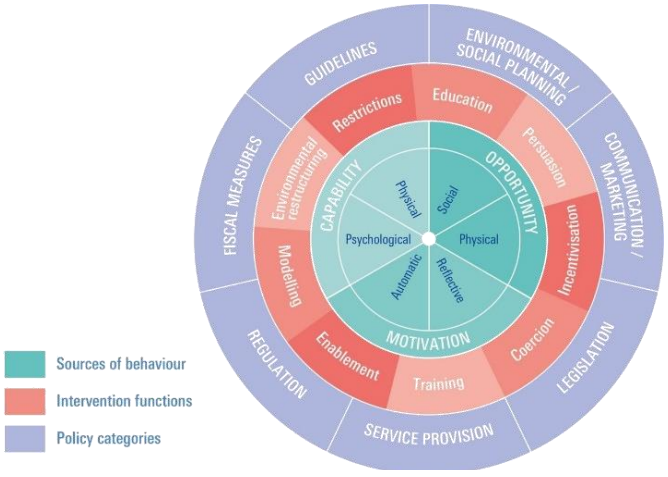


Figur 2. COM-B modellens tre komponenter med ytterligare indelning i kategorier samt vad som representerar dessa kategorier. (Författarens figur inspirerad av Michie et al. (2011)).

Michie et al. (2011) har integrerat COM-B komponenter och kategorier i ett beteendeförändringshjul där beteendet utgör navet av hjulet. På så sätt har modellen blivit praktiskt användbar (figur 3).

Till exempel kan någon som är inaktiv uppmuntras att vara aktivt genom att det ges sociala och fysiska möjligheter genom THR. Personen som först trodde att de inte hade lämpliga färdigheter för att delta i en aktivitet (kapacitet) kunde genom att delta i THR förstärka tanken att de faktiskt har de förmågor som krävs. Genom denna interaktion förändras inte enbart beteende utan även beteendets bestämningsfaktorer, vilket möjliggör långsiktiga beteendeförändringar (Michie et al., 2011).

Modellens praktiska implikationer är många och används för att förstå design och förbättringar av evidensbaserade arbetssätt (Michie et al., 2011; Staniford & Schmidtke, 2020). COM-B modellen har bland annat varit användbar för att studera förbättringsvetenskap där Suutari et al. (2021) till studerade hindrande respektive främjande faktorer inom Co-production.



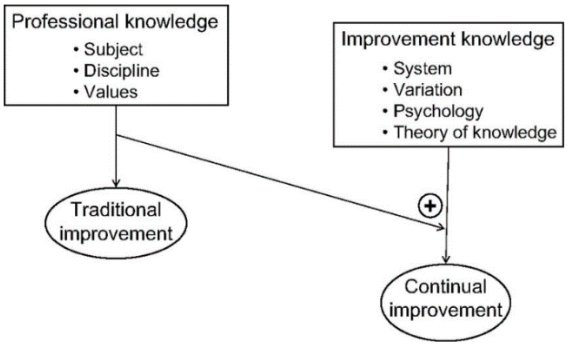
Figur 3. Beteendeförändringshjulet utifrån COM-B modellen. (Figur tagen ur Michie et al. (2011))

Kvalitetsförbättring och förbättringsmodellen

I detta avsnitt illustreras tankar och teorier bakom kvalitetsförbättringar som använts i samband med det beskrivna förbättringsarbetet.

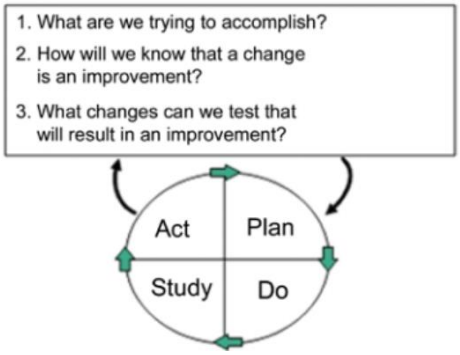
Dagens verktyg och teorier kring kvalitetsförbättringar har sitt ursprung i 1920 talets industrialism och de har studerats och utvecklats under lång tid (Bergman & Klefsjö, 2012). Från början handlade det om empiriska trial-and-error försök som i grund och botten saknade systematik (Provost, 2011) men behovet av att lära känna och förbättra processer ledde fram till utveckling av systematiska förbättringsverktyg som vi än idag använder inom kvalitetsförbättring (Nilsen et al., 2022).

W.E. Deming sammanfattade under tidigt 90-tal förbättringskunskap i ” System of profound knowledge” (Moen & Norman, 2016) och beskrev fyra kunskapsdomäner: förståelse av systemet, psykologi (förändringspsykologi), kunskapsteori samt kunskap om statistisk variation. Synen på kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården har också påverkats av ”System of profound knowledge” som blev en del av det sammankopplade kunskapssystemet för ständiga förbättringar (Figur 4) (Batalden & Stoltz, 1993). I praktiken innebär det att förbättringar inträffar när den professionella, kliniska kunskapen, interagerar med förbättringskunskapen i ett gemensamt syfte att förbättra systemet.



Figur 4. Sammankopplade kunskapssystem (Figur tagen ur Batalden et al. (2011))

Hälso- och sjukvård som system består av många beroenden och kvalitetsförbättringar innebär ett ständigt samskapande mellan sjukvårdspersonal, patienter och deras anhöriga samt andra intressenter inom systemet (Batalden & Davidoff, 2007).



Figur 5. Nolans förbättringsmodell (Figur tagen ur Ruggles (1998))

Allt detta sker i så kallade kliniska mikrosystem och det är just där som värdet för den enskilda patienten skapas. Mikrosystem är hälso- och sjukvårdens första linje och har en inneboende förmåga att lära och att omsätta lärandet i praktiken (Nelson et al., 2007). För att underlätta och systematisera mikrosystems läranderesa har Nelson et al. (2007) tagit fram förbättringsrampen (Darthmouth Microsystem Improvement Curricculum – DMIC). Förbättringsrampen består av ett antal steg som slutligen leder till att testa förändringar. En frekvent använd modell för att testa olika förändringar är Deming’s Plan-Do-Study-Act (PDSA) cykel (Moen & Norman, 2010). PDSA-modellen kompletterades av Nolan och hans kollegor till ett förbättringsramverk så kallad förbättringsmodell (Figur 5) (Moen & Norman, 2010; Langley et al., 2009).

I det här förbättringsarbetet utgjorde förbättringsrampen och förbättringsmodellen grunden i mikrosystemets angreppssätt.

Rationale

Personer som har drabbats av hjärtsjukdom deltar inte i tillräcklig omfattning i träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR). Konsekvensen blir försämrad livskvalitet, återfall samt risk för tidig död. Bristande tilltro till den egna förmågan samt bristande motivation till träning är sedan tidigare kända faktorer som bidrar till att patienter inte deltar i THR. Dessa faktorer verkar också vara kopplat till individernas tidigare erfarenhet av rörelseupplevelse. Patienter som inte tidigare har tränat verkar ha svårare att påbörja och delta i THR. Mer kunskap behövs för att individanpassa THR och därmed öka deltagandet i THR. Det här förbättringsarbetet avser därför att förbättra förutsättningar så att fler patienter deltar i och fullföljer THR samtidigt som studien av förbättringsarbetet avser att stärka förståelsen av vad som underlättar och/eller hindrar deltagande i THR.

Syften

Förbättringsarbetets syfte

Förbättringsarbetes syfte var att förbättra förutsättningar för att fler patienter ska välja att delta i träningsbaserad hjärtrehabilitering, samt att fler patienter ska fullfölja påbörjad THR.

Smarta mål

Målen för förbättringsarbetet under perioden september 2021 – april 2022 var:

- Att minst 60 % av de personer som på grund av hjärtsjukdom remitteras till fysioterapeut skulle acceptera erbjudandet om THR och påbörja sin träning på sjukhuset senast den 30 april 2022.
- Att personer som påbörjat THR på grund av hjärtsjukdom i genomsnitt ska träna vid minst 7 av 12 tillfällen senast den 30 april 2022.

Studiens syfte

Syftet med studien av förbättringsarbetet var att genom den teoretiska modellen COM-B undersöka hur patienter uppfattar vad som underlättar eller hindrar deras deltagande i THR,

Frågeställningar

1. Hur uppfattar patienter vilka förmågor som underlättat eller hindrat deltagande i THR?
2. Hur uppfattar patienter vilka möjligheter som underlättat eller hindrat deltagande i THR?
3. Hur uppfattar patienter vad som underlättat eller hindrat motivationen i samband med deltagande i THR?

Metod och material

Kontext

Förbättringsarbetet och studien genomfördes mellan september 2021 och april 2022 på en rehabiliteringsenhet på ett mellanstort sjukhus i Region Jönköpings län. Rehabiliteringsenheten är en del av den specialiserade hälso- och sjukvården och erbjuder rehabilitering inom sluten- och öppenvården. Mikrosystemet, som en viktig del av kontexten relaterat till framgångsrikt förbättringsarbete (Kaplan et al., 2013), beskrivs mer ingående med hjälp av P5 modellen (Nelson et al., 2007) Beskrivningen innefattar mikrosystemets syfte, patienter, medarbetare, processer samt mönster.

Purpose (Syfte): Syftet med mikrosystemet var att förebygga försämring, återfall och död i hjärtsjukdom. Syftet var även att coacha patienter så att de sedan på egen hand kunde ta ansvar för sin egen livslånga träning. Medarbetare kände stor hängivenhet och motivation till syftet med mikrosystemet.

Patients (Patienter): De personer som remitteras till hjärtrehabiliteringen var huvudsakligen personer som nyligen diagnosticerats med kranskärlssjukdom och/eller hjärtsvikt. Flera personer hade en komplex sjukdomshistorik och/eller multisjuklighet samt varierande kunskap om och vana av träning.

Professionals (Medarbetare): För att möta behov av hjärtrehabilitering arbetade två fysioterapeuter med särskild kompetens kring hjärt-kärlsjukdomar. Utöver fysioterapeuterna arbetade en undersköterska med övervakning av gruppträning.

Processes (Processer): Mikrosystemet arbetade huvudsakligen med två processer: en avdelningsprocess som innefattade tidig mobilisering och information samt en hjärtrehabiliteringsprocess i öppenvården, som innefattade initial testning av den fysiska förmågan, THR samt avslutande testning av den fysiska förmågan.

Patterns (Mönster): Fysioterapeuterna träffade alla inneliggande patienter på hjärtavdelningen. I hjärtrehabiliteringsprocessen i öppenvården remitterades i genomsnitt 10 nya patienter i månaden för

testning av den fysiska förmågan och erbjudande om att delta i THR, varav hälften accepterade erbjudandet. Alla patienter erbjöds FaR. Patienter med kranskärlssjukdom erbjöds även en träningsdagbok hämtad från kvalitetsregistret SWEDEHEART SEPHIA. Före förbättringsarbetet initierades påbörjade 35 % av patienterna THR och 5 % slutförde THR.

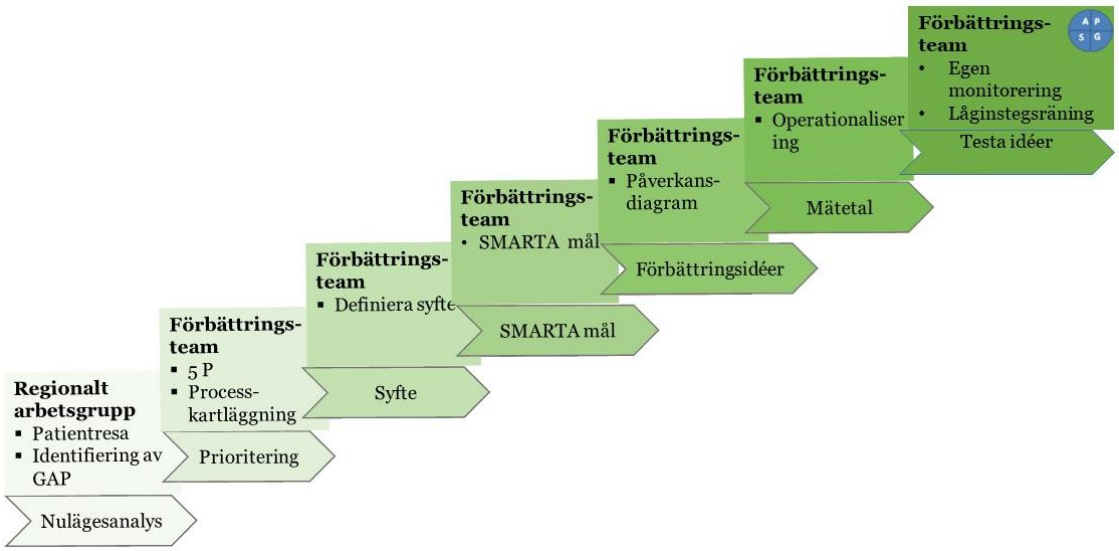
Författarens roll

Författaren har varit aktiv i initiering och ledning av förbättringsarbetet som förbättringsledare. Med erfarenhet som verksamhetsutvecklare och tidigare engagemang i utvecklingsarbete inom hjärtrehabilitering bidrog författaren med förbättringskunskap och ledarskap.

Metod för förbättringsarbete

Verksamhetsutvecklare samlade ett förbättringsteam bestående av medarbetare (Professionals) inom det valda mikrosystemet. Förbättringsarbetet designades med inspiration hämtad från förbättringsrampen enligt Nelson et al. (2007) (Figur 6) och bestod av:

- Nulägesanalys
- Prioritering av förbättringsområden
- Formulering av syfte och mål
- Framtagande av förbättringsidéer
- Operationalisering av mätetal
- Test och utvärdering av de föreslagna förändringarna.



Figur 6. Förbättringsrampen framtagen av förbättringsteamet. (Författarens figur med inspiration hämtad från Nelson et al. (2007))

Nulägesanalys

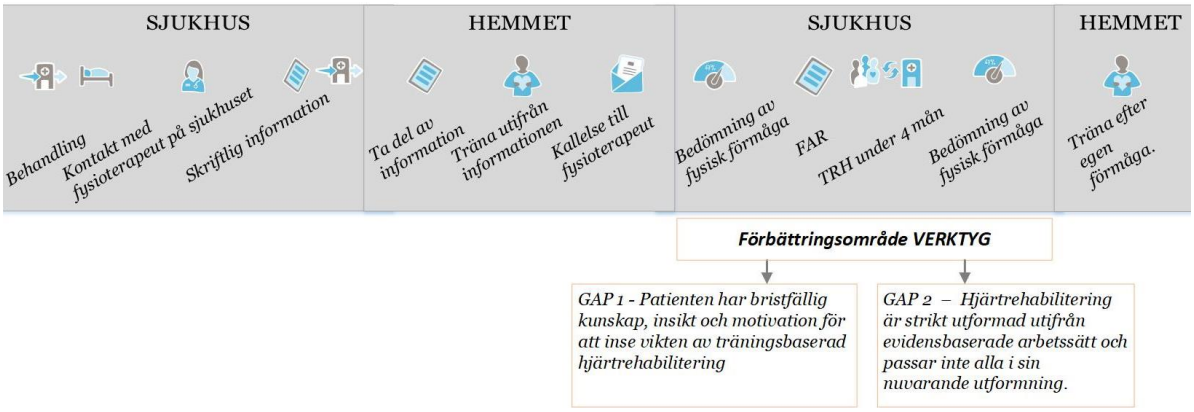
Nulägesanalysen genomfördes med stöd från en sjukvårdsregional arbetsgrupp som hade i uppdrag att kartlägga nuläge och identifiera eventuella gap mellan evidensbaserade arbetssätt och patientens behov samt upplevelse av hjärtrehabiliteringen. Arbetsgruppen var en multiprofessionell grupp som bestod av tre fysioterapeuter, en patientrepresentant, en sjukvårdsstrateg samt en förbättringsledare. Arbetet leddes av författaren som tillsammans med arbetsgruppen använde Work Breakdown Structure (WBS) för att bryta ner uppdraget i konkreta aktiviteter som arbetsgruppen kunde genomföra (Tonnquist, 2021),

- Personas
  Med hjälp av tre enskilda patientintervjuer och den kliniska erfarenheten konstruerades tre personas som avspeglade typiska vårdflöden för personer som levde med hjärtsjukdom. För att fördjupa förståelse av patientens behov och upplevelse intervjuade arbetsgruppen ytterligare fyra personer med erfarenhet av hjärtrehabilitering.
- Patientresa
  Utifrån de framtagna personas tog arbetsgruppen fram en generisk patientresa (Holmlid & Wetter Edman, 2021).
- Analys och sammanställning
  Nulägesanalysen sammanfattades i en sammanställning av patientresa, identifierade GAP och

förbättringsområden. (Bilaga 1). Personas och resultaten från fokusgruppsintervjuerna diskuterades med två externa forskare inom hjärtrehabilitering för att komplettera uppfattningarna kring de identifierade GAP:en inom hjärtrehabiliteringen.

Prioritering av förbättringsområde

Det lokala förbättringsteamet utgick i sitt prioriteringsarbete från nulägesanalysen som den regionala arbetsgruppen hade tagit fram. Prioriteringsarbete började med att mikrosystemet analyserades med hjälp av 5P samt processflöde (Nelson et al., 2007). Därefter prioriterades förbättringsområdet ”Verktyg” och två GAP (Figur 7) utifrån det lokala problemet samt mikrosystemets kontextuella förutsättningar.

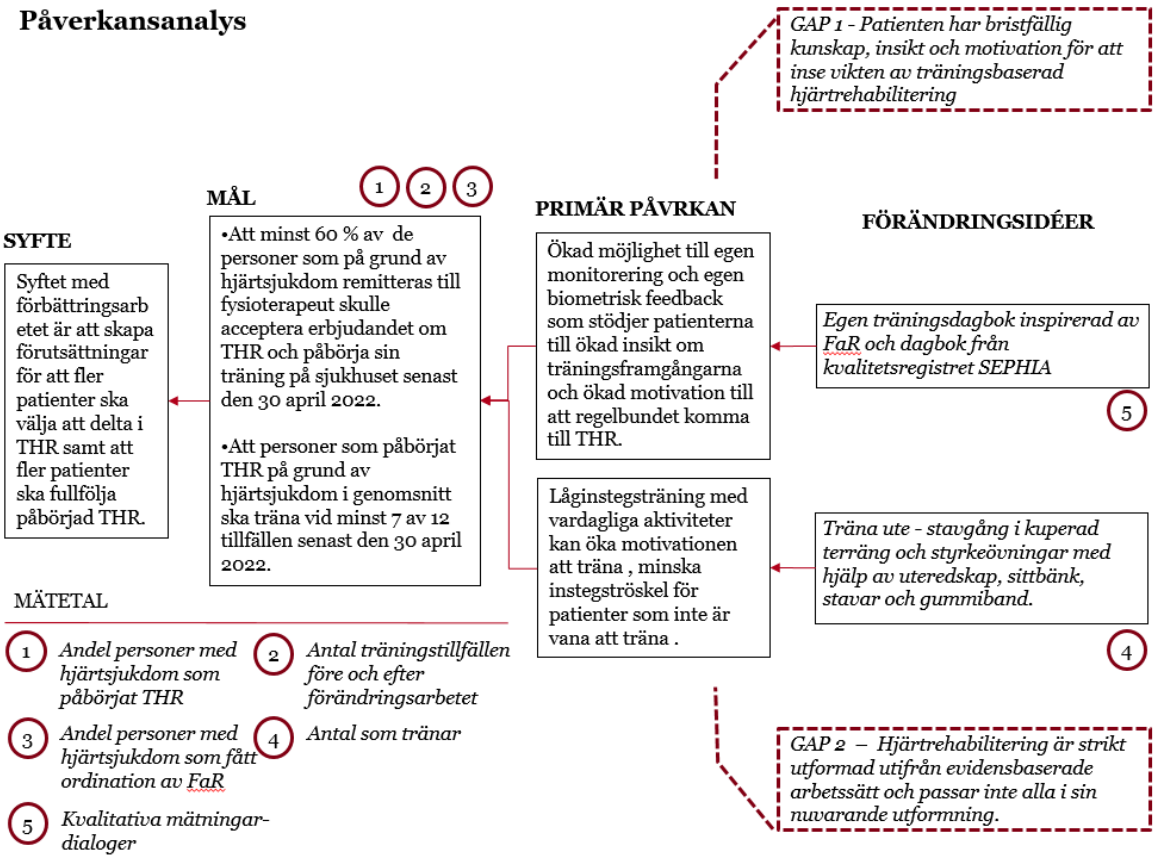


Figur 7. Patientresa och prioriterade förbättringsområde samt tillhörande GAP.

Förbättringsidéer

Med hjälp av ett påverkansdiagram (Figur 8) och de utvalda GAP:en, identifierade förbättringsteamet primära påverkansfaktorer och förändringsidéer med potential att påverka målen. Förbättringsteamet valde ut två förändringsidéer att arbeta vidare med:

- Träna ute – stavgång i kuperad terräng och styrkeövningar med hjälp av uteredskap, sittbänk, stavar och gummiband (i fortsättningen kallad ”Träna ute”)
- Egen träningsdagbok inspirerad av FaR och dagbok från kvalitetsregistret SEPHIA (i fortsättningen kallad ”Egen träningsdagbok”)



Figur 8. Påverkansdiagram som förbättringsteamet använde för att identifiera förändringsidéer som kan påverka målen. (Författarens figur inspirerad av programteori enligt Reed et al. (2014))

Mätetal

Mätetalen som utarbetades för förbättringsarbetet utgick från Nolans förbättringsmodell (Langley et al., 2009) och besvarade frågan: ”Hur vet vi att en förändring är en förbättring?”. Mätetalen valdes utifrån förbättringsteamets intention att mäta det teamet ville påverka. Mätetalen operationaliserades utifrån överenskommelse om mätmetod och hur data hämtas ut. Operationaliseringen samlades i en mätmatris (Bilaga 2). Två mätningar var direkt kopplade till smarta målen:

- Mätetal 1: Andel personer som påbörjade deltagande i THR relaterat till det totala antalet personer som remitterades till fysioterapeut. Mätetalet presenterades som p-diagram (Provost, 2011).
- Mätetal 2: Medelvärde av antalet träningstillfällen per individ som deltog i THR före och efter förbättringsarbetet. Mätetalet presenterades som stapeldiagram.
  Data delades i två grupper, en före förbättringsarbetet (april 2020 - augusti 2021) samt en efter förbättringsarbetet (september 2021 - april 2022). Anledningen till att förbättringsteamet inte följde data i ett styrdiagram var att det inte var möjligt att placera antal träningstillfällen per individ i kronologisk ordning. Detta på grund av att individernas träningsperioder varierade samt att de påbörjade samt avslutade THR vid olika tidpunkter.

Ytterligare tre mätningar kopplades till förbättringsidéerna:

- Mätetal 3: Andel ordinerade recept för fysisk aktivitet (FaR) för personer med hjärtsjukdom som träffat fysioterapeut på ett enskilt besök Förbättringsteamet valde att mäta andel på grund av variation i antal patienter som träffat fysioterapeut på ett enskilt besök. Mätetalet presenterades som p-diagram.

- Mätetal 4: Antal personer per träningsgrupp som deltog i THR per vecka. Mätetalet följer två grupper (Grupp 1 och grupp 2) som tränar olika dagar (onsdagar och torsdagar). Mätetalet presenterades som linjediagram.
- Mätetal 5: Skattning av ”Min träningsplan” via enkät för att kvantifiera nytta och användbarhet (bilaga 2).

Test och utvärdering av de föreslagna förändringarna

Förbättringsteamet testade de två förändringsidéerna: ”Träna ute” samt ”Egen träningsdagbok” (Figur 8). För testning av förändringsidéerna användes PDSA-modellen (Nelson et al., 2007). Förbättringsteamet träffades vid ett par tillfällen per månad för att planera och utvärdera varje enskild cykel. Två träningsgrupper följdes, som tränade onsdagar respektive torsdagar. Grupperna kallades Grupp 1 och Grupp 2.

Förändringsidé: ”Träna ute”

Förändringsidén baserades på hypotesen att varierad träning med vardagliga aktiviteter kunde öka tilltro till sin egen förmåga, öka motivationen att delta i THR, minska instegströskel för patienter som inte var vana att träna samt att göra det möjligt att öva rörelser på hemmaplan.

Träningen innebar att personer med hjälp av stavgång tränade i kuperad terräng och nådde upp till den rekommenderade intensitetsnivån enligt Borg-RPE skala (Borg et al., 2020). Träningen innebar även styrkeövningar som utfördes med hjälp av tillgängliga uteredskap som bänkar samt med hjälp av gåstavar och gummiband. Aktiviteten utvärderades vid varje tillfälle i dialog med patienterna och med hänsyn till träningseffektiviteten utifrån Borg-RPE skala (Borg et al., 2020).

Förändringsidé: ”Egen träningsdagbok”

Den egna träningsdagboken utvecklades med inspiration hämtad från FaR och en träningsdagbok som kvalitetsregistret SWEDEHEART SEPHIA erbjuder till kranskärlspatienter. Förändringsidén baserades på beteendeförändringsteorierna bakom FaR (StatensFolkhälsoinstitut, 2012). Förbättringsteamet arbetade utifrån hypotesen att patienterna kunde bygga tilltro till sin egen förmåga, motivation och fysisk kapacitet om patienterna använde ett tydligt monitoreringsverktyg som stöd för träning på rätt nivå. I oktober 2021 påbörjades arbete med träningsdagboken från SWEDEHEART SEPHIA. Därefter utvecklades dagboken genom att patienterna vid varje träningstillfälle stämde av med fysioterapeut avseende sin upplevelse kring träningsdagboken utifrån i förväg fastställda frågor som utarbetades av förbättringsteamet (Bilaga 2).

Metod för studien

Design

Studien av förbättringsarbetet har en kvalitativ design byggd på semistrukturerade intervjuer. Dessa har analyserats med deduktiv ansats genom att använda COM-B teorin (Michie et al., 2011).

Urval/deltagare

På ett medelstort sjukhus i södra Sverige valdes studiedeltagare utifrån kriteriestyrt urval som är en målstyrd urvalsmetod (Bryman & Nilsson, 2018). Detta innebar att studiedeltagare valdes ut med utgångspunkt i deras relevans för forskningsfrågorna som hade formulerats. Studiedeltagare uppfyllde följande inkluderingskriterier:

- Pågående vårdkontakt inom den specialistsjukvården med anledning av hjärtsjukdom
- Deltagande i THR under tiden som förbättringsarbetet pågick
- Att THR-deltagare deltog vid minst 6 träningstillfällen
- Att THR-deltagare avslutade sin THR

Utifrån inkluderingskriterierna togs en urvalslista fram med hjälp av DIVER, vilket är ett statistiskt verktyg. 22 personer uppfyllde inkluderingskriterierna. Dessa kontaktades via brev (Bilaga 5). En vecka efter utskickad brev kontaktade författaren samtliga personer per telefon. Personerna fick muntlig information om studien och erbjöds tid för intervju.

Av de 22 personer som uppfyllde inkluderingskriterier exkluderades två personer på grund av språksvårigheter och ytterligare 13 personer avböjde deltagande i studien. Totalt sju personer accepterade deltagande i studien. Studiedeltagarnas ålder var 69 – 78 år, två kvinnor och fem män. Samtliga hade tränat i THR mellan 8 och 11 gånger under tiden som förbättringsarbetet pågick.

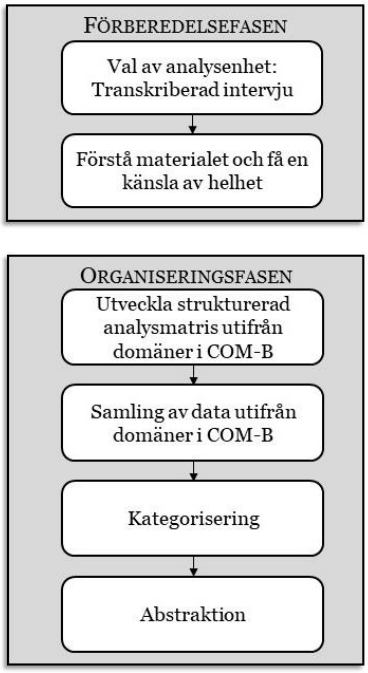
Datainsamling

Totalt sju semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån intervjuguiden (Bilaga 4). Studiedeltagarna intervjuades per telefon och samtliga intervjuer spelades in. Semistrukturerade intervjuer utfördes så att datainsamling fångade explicita intresseområden samtidigt som deltagarens fria tolkning av intervjufrågor möjliggjordes (Bryman & Nilsson, 2018).

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden och göra eventuella justeringar. Inga väsentliga justeringar av intervjuguiden gjordes. Pilotintervjun inkluderades i dataanalysen.

Patienterna ringdes upp på avtalad tid och intervjuerna spelades in efter inhämtat samtycke. Intervjuguide (Bilaga 4) användes samtidigt som ordningen på frågorna varierade mellan studiedeltagare. Under intervjun fick deltagare fritt berätta deras uppfattningar. Intervjuledare varierade förtydligande och sonderande frågor med tystnad och direkta frågor för att främja interaktionen (Bryman & Nilsson, 2018). Intervjuer pågick tills utsagorna började upprepas och intervjuledaren bedömde att informationsmättnad nåddes. Intervjuerna varade mellan 30 - 60 minuter.

Dataanalys



Figur 9. Analysprocess av deduktiv innehållsanalys (Författarens figur inspirerad av Elo and Kyngäs (2008))

Transkriberat intervjuinnehåll analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2008). Dataanalysen innefattade förberedelsefasen och organiseringsfasen enligt Elo and Kyngäs (2008) och enbart manifest innehåll analyserades.

Förberedelsefasen

Författaren har självt transkriberat samtliga intervjuer vilket bidragit en fördjupad förståelse av materialet, både som helhet men också detaljer som berör studiens syfte (Elo & Kyngäs, 2008). Intervjuerna lästes därefter igenom flera gånger. Anteckningar, baserat på COM-B teoretiska modell (Michie et al., 2011) (Bilaga 6) gjordes i den löpande texten. Dessa utgjorde domäner för det fortsatta analysarbetet.

Organiseringsfasen

Som ett första steg kontrollerades att de meningsbärande enheterna var nära den ursprungliga texten. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades, manifest, och abstraherades sedan enligt Elo and Kyngäs (2008) till subkategorier och vidare till kategorier i respektive domän. Därefter markerades med röd färg rader med meningsbärande enheter som beskrev det som hindrade deltagande i THR. Slutligen fördelades de slutliga kategorierna in i två grupper vilka beskriver patienternas uppfattning om vad som underlättar eller hindrar deras deltagande i THR.

I resultatet exemplifieras kategorierna med citat, numrerade efter intervjun de är tagna ifrån.

Etiska överväganden

Arbetets centrala princip var att värna om människovärdet och respektera den enskilda individen (WMA, 2013). Eftersom varken förbättringsarbetet eller studien hade avsikt att behandla känsliga personuppgifter, har de inte genomgått etikprövning enligt SFS 2018:218. Författaren och handledaren reflekterade löpande över etiska frågor vid varje handledningstillfälle under arbetets gång. För att minimera risken att intervjupersonernas identitet röjdes hanterade författaren själv urvalslistan i DIVER, alla kontakter med intervjupersoner samt datainsamlingen. För att säkerställa konfidentialitetskravet anonymiserades all data som samlades vid intervjutillfället. Det framgick inte heller i någon del av arbetet vilka de fysiska arbetsplatserna var. Tillgång till insamlad data begränsades till författaren och handledaren och informationen lagrades på en server som är skyddad med lösenord.

För att säkerställa att deltagarna kunde ge ett välinformerat samtycke formulerades informationen på ett sätt som tydligt förklarade syftet med studien, den övergripande planen för studien och beskrivningen av integritetsskyddande säkerhetsåtgärder. Det framgick även att studien var en del av ett mastersarbete med Jönköpings University (JU). Slutligen informerades personerna muntligen om att deltagande var frivilligt och att de hade rätt att när som helst avbryta sin medverkan (SFS2003:460).

Förbättringsarbetet och studien hade för avsikt att generera ny kunskap som förväntas ha nytta för både patienter och verksamhet. Genom kontinuerlig dialog med handledare säkerställdes hög studiokvalitet samt en metodik präglad av att ha objektivitet och värderingsfrihet som mål, i enlighet med principerna för god forskningssed (2017) Författaren hade inga kommersiella intressen och andra bindningar som skulle kunna påverka studien. Studien hade även för avsikt att bidra till författarens lärandemål i utbildningen. Arbetet betraktades i ljuset av Hälso- och sjukvårdslagen avseende kontinuerlig utvärdering av verksamheterna och förbättringsansatserna (SFS2017:30). Metodiken, analysen av data och de vetenskapliga slutsatserna präglades av ordning och struktur (Helgesson, 2015).

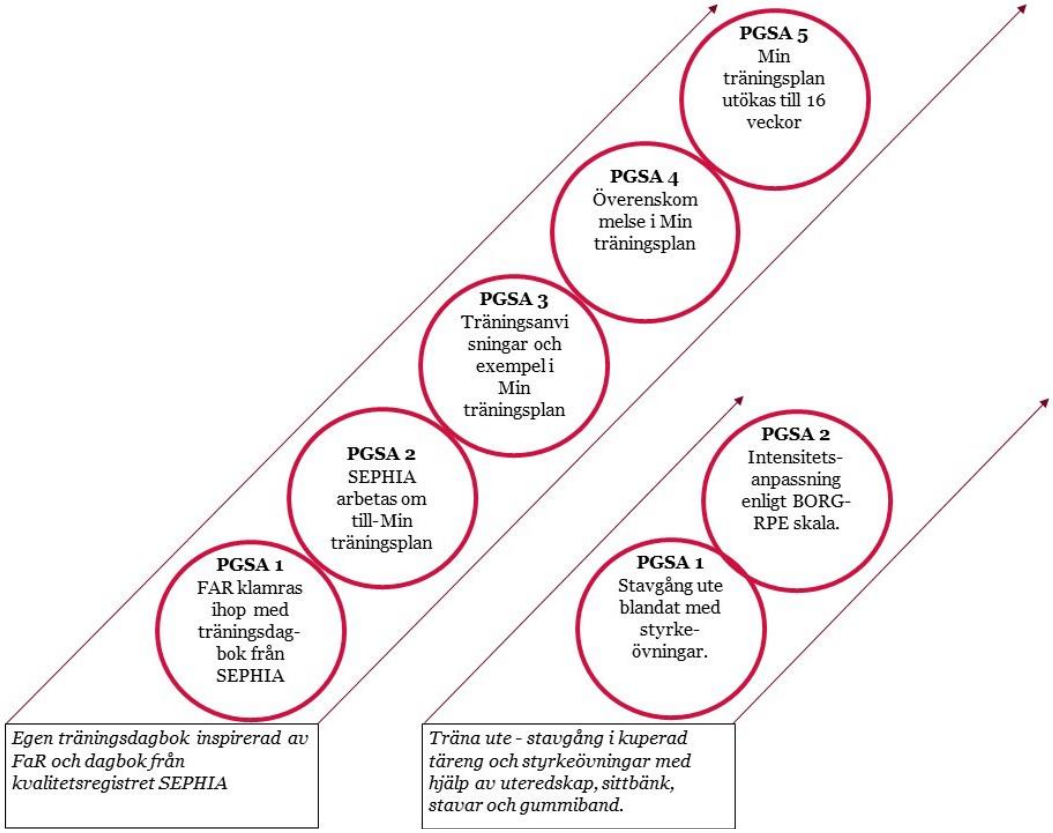
Resultat

Resultat av förbättringsarbetet

Testning av de två förändringsidéerna resulterade i två respektive fem PDSA cykler (Figur 10).

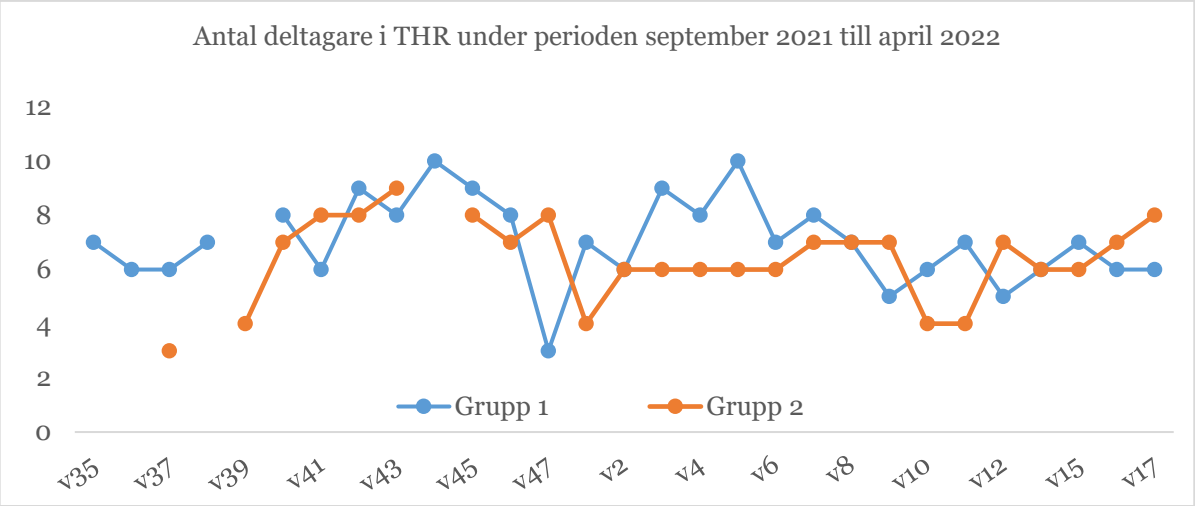
”Träna ute”

Utvärderingen som gjordes tillsammans med patienterna efter den första testcykeln visade i båda grupperna att övningarna inte riktigt ledde till att patienterna nådde den önskade träningsintensiteten som förväntades vara ansträngande till mycket ansträngande (15-17 enligt Borg-RPE skalan). Hälften av patienterna upplevde att de tränade på en lätt till något ansträngande nivå (11-13 enligt Borg-RPE skalan). Till den andra testcykeln höjdes därför tempot i övningarna. Utvärderingen visade att träningsintensiteten ökade och samtliga patienter upplevde att de tränade på en ansträngande nivå. Träningen kunde inte heller genomföras ute varje gång på grund av dåligt väder och personalbortfall. ”Träna ute” kunde därför inte genomföras som en självständig THR-variant som det var planerat, utan blev ett komplement till traditionell THR.



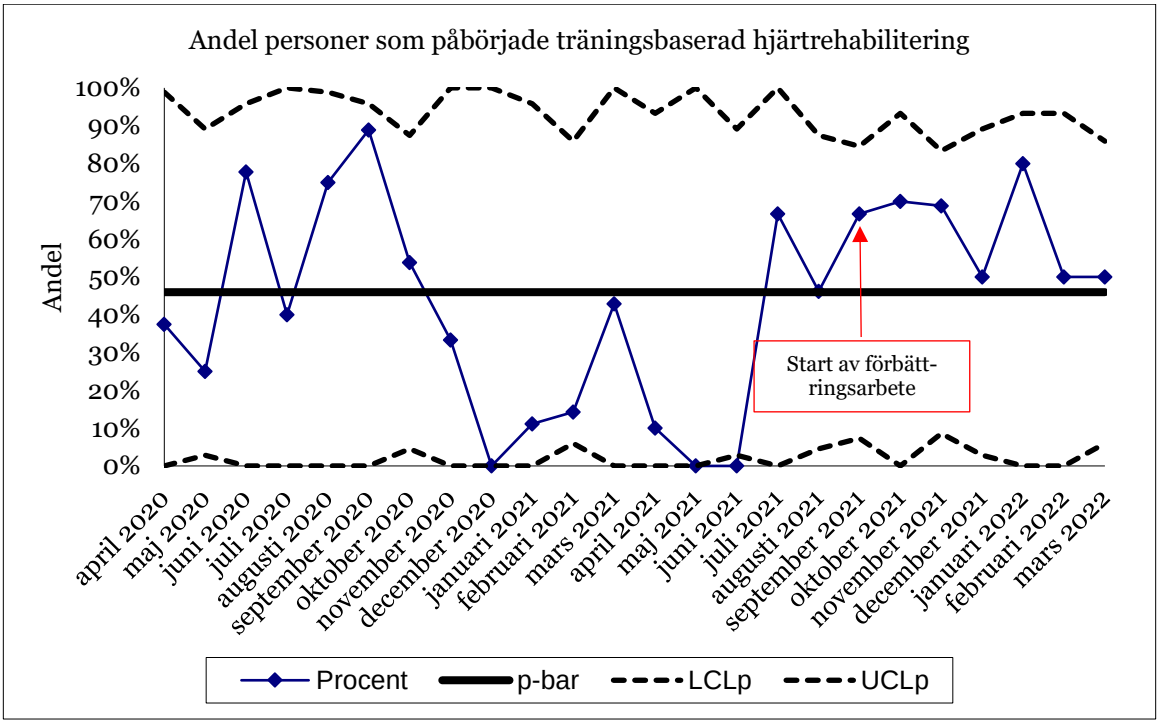
Figur 10. PDSA cykler för två förändringsidéer som testades under perioden september 2021 till april 2022. (Författarens figur, fritt efter Nelson et al. (2007))

Träningsgrupperna som följdes tränade under hela testperioden men gruppmedlemmarna varierade. Grupp 2 började komma igång vecka 40 till skillnad från grupp 1 som kom igång redan vecka 35. I grupp 1 deltog i genomsnitt 7 personer vid varje enskild träningstillfälle och 6 personer i grupp 2 (Figur 11).



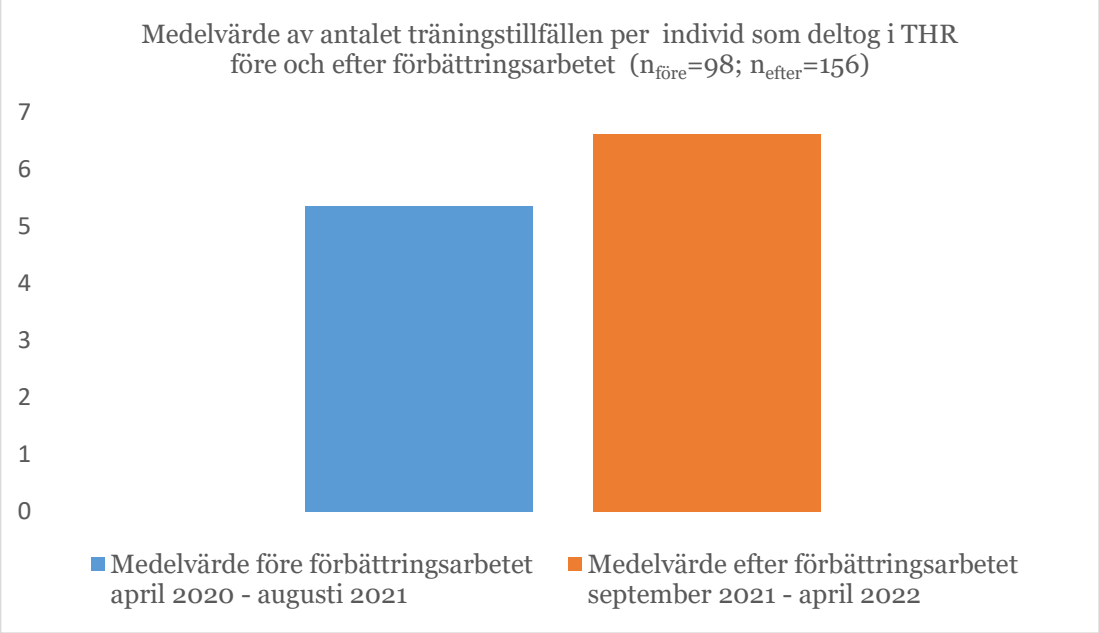
Figur 11. Antal personer per grupp och vecka som deltog i THR. Två grupper följdes Grupp 1 och Grupp 2.

Andel personer som påbörjade THR visade innan förändringsarbetet en tydlig nedgång med 8 punkter i rad som var under medelvärdet (Figur 12). Minskning av andelen personer som påbörjade THR tolkades som en urskiljbar källa till variation. Från och med juli 2021 förbättrades resultatet till 7 punkter i rad som var ovanför medelvärdet. Värdena låg mellan 50 % och 80 % och antydde en förbättring jämfört med föregående period (Figur 12). I genomsnitt påbörjade 62 % av patienterna THR sedan förbättringsarbetets början.



Figur 12. Andel personer med hjärtsjukdom remitterade till fysioterapeut och som påbörjade träningsbaserad hjärtrehabilitering.

Jämförelse före respektive efter förändringsarbetet visade att medelvärdet av antalet träningstillfällen per individ hade ökat från fem till sju träningstillfällen per individ. (Figur 13). Därmed uppnåddes målsättningen att THR deltagare skulle träna vid minst 7 av 12 erbjudna träningstillfällen.



Figur 13. Medelvärde av antalet träningstillfällen per individ som deltog i THR före och efter förbättringsarbetet

Egen träningsdagbok inspirerad av FaR och dagbok från kvalitetsregistret SEPHIA

Egen träningsdagbok utvecklades till ”Min träningsplan” (bilaga 7) under fem PDSA cykler (Figur 10).

Den första PDSA-cykeln testade under november egen träningsdagbok som bestod av utskriven FaR som sattes ihop med utskriven dagbok från SEPHIA. På grund av låg skriftlig svarsfrekvens på den framtagna enkäten som förbättringsteamet tog fram för att följa utvecklingen av träningsdagboken, samlade teamet istället in muntlig återkoppling från deltagarna med utgångspunkt från enkätfrågorna. THR-deltagarna uppgav att de tyckte att FaR och SEPHIA-dagboken tillsammans var svåra att fylla i och önskade en förenklad version av egen träningsdagbok. THR-deltagare tog inte heller med sig sina träningsdagböcker till träningstillfällena.

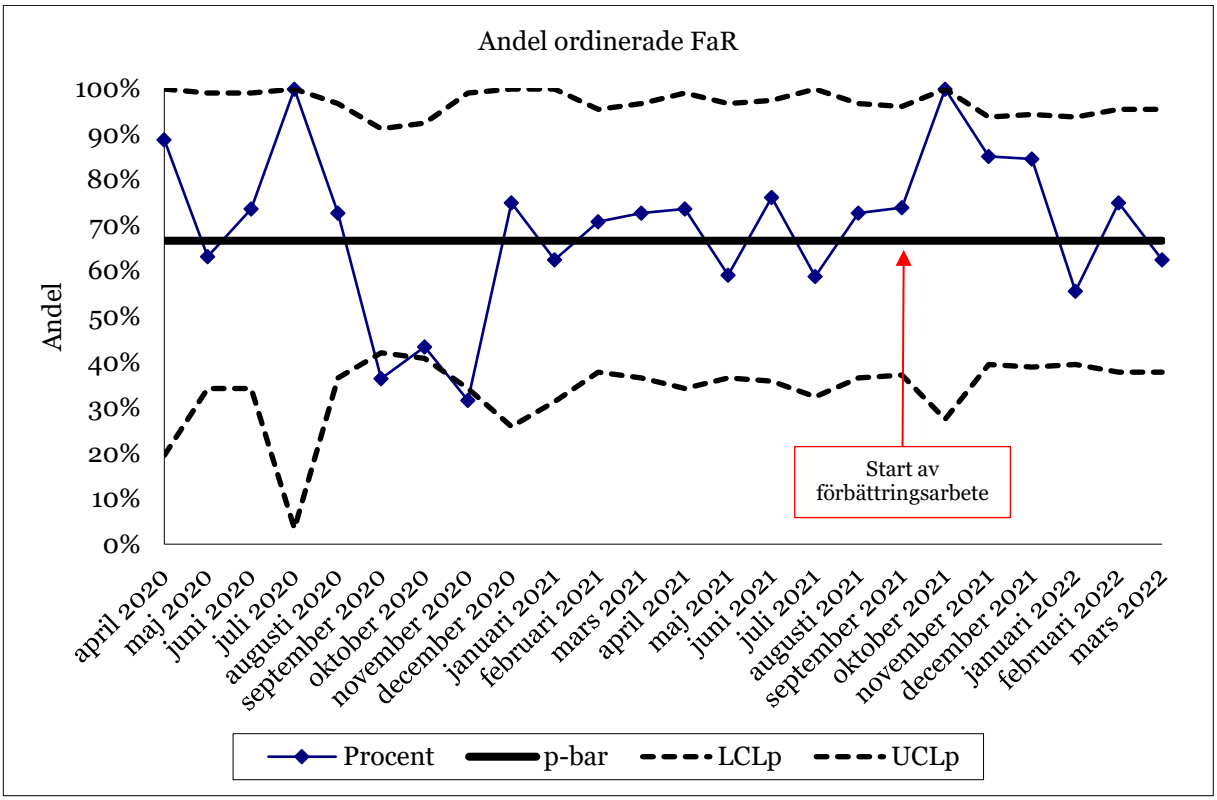
Den andra PDSA-cykeln syftade därför till att testa en första variant av ”Min träningsplan”. Den blev en omarbetad version av SEPHIA-dagboken där även tränings- och intensitetsrekommendationer enligt Borg-RPE skala angavs i försättsbladet. Utvärdering visade att THR-deltagare fortfarande uppfattade att det var svårt att fylla i dagboken. I synnerhet var det svårt att veta hur träningen och den upplevda intensiteten skulle rapporteras. Få THR-deltagare kom ihåg att ta med sig sin träningsplan till träningarna.

”Min träningsplan” justerades genom att lägga till exempel på registreringar och förändringen testades i **en tredje PDSA cykel**. Den muntliga utvärderingen visade att THR-deltagare tyckte att det underlättade mycket att veta hur registreringen skulle göras och flera patienter fyllde i sin träningsplan. Det var dock fortfarande få THR-deltagare som tog med sig sin träningsplan till träningen. I gruppdialogen med THR-deltagare kom det fram att det vore värdefullt om även de individuella målen och träningsdosen kunde framgå i träningsplanen.

Den fjärde PDSA cykel testade tillägg av detta i ”Min träningsplan”, som innebar att de individuella målen och den individuella träningsdosen gjordes som försättsblad till dagboken. Borgs-RPE skala infogades i slutet på dagboken. THR-deltagarna testade förändringen. I den muntliga uppföljningen uppgav majoriteten av THR-deltagarna att de fyllde i träningsplanen. Det var dock fortsatt svårt att komma ihåg att ta med sig planen till träningarna. Då testversionen av ”Min träningsplan” enbart sträckte sig över fyra veckor, föreslogs den utökas till att sträcka över minst 12 veckor.

Den femte PDSA cykeln testade den slutliga versionen där det fanns möjlighet att registrera träning under 16 veckor. De flesta THR-deltagare upplevde att de registrerade i träningsplanen och att det underlättade träningen genom den enkla tillgången till överenskomna övningar och intensiteten. Trots det var det enbart ett fåtal deltagare som tog med sig ”Min träningsplan” till THR regelbundet.

Andel ordinerade recept för fysisk aktivitet (FaR) via **”Min träningsplan”** ökade de första tre månaderna under förbättringsarbetet för att sedan återgå till nivåerna innan förbättringsarbetet (Figur 14). Ingen förändring av andel ordinerade FaR identifierades under förbättringsarbetet.



Figur 14. Andel ordinerade recept för fysisk aktivitet (FaR) för personer med hjärtsjukdom som träffat fysioterapeut för ett initialt besök.

Resultat av studien

Totalt identifierades 9 kategorier samt 23 sub-kategorier, vilka beskrivs nedan utifrån tabell 1.

Tabell 1. Främjande och hindrande faktorer avseende deltagande i THR

COM-B[a] modellens domäner	Främjande faktorer		Hindrande faktorer	
	Kategori	**Sub-kategori**	**Kategori**	**Sub-kategori**
Förmåga	• Dynamiskt tankesätt	• Vilja lära sig nytt	• Kapacitet	• Samsjuklighet • Orkeslöshet
	• Aktiv livsstil	• Egen monitorering • Erfarenhet av träning		
Möjlighet	• Upplägg	• Anpassad THR • Planerad THR • Introduktion	• Livspussel	• Andra måsten • Avstånd • Egen träning
	• Stöttning	• Coachning • Trygg miljö • Gruppen • Närståendestöd		
Motivation	• Förhoppningar	• Välbefinnande • Framtidshopp	• Farhågor	• Oro och rädsla
	• Ansvar	• Hälsoförluster • Åtagande • Överenskommelse		
	• Målbilder	• Hälsomål • Tillbaka till formen		

[a]COM-B: Capability, Opportunity, and Motivation Behavior

Faktorer som främjar deltagande i THR

Förmåga - Dynamiskt tankesätt

Det dynamiska tankesättet handlade framförallt om att våga ta sig an saker i samband med THR som man inte har testat tidigare i livet, viljan att lära sig nytt. En av studiedeltagarena beskrev svårigheter i att ligga på mage som en av övningarna innebar, men att hen kämpade och tids nog kunde klara av och till och med började gilla övningen. Två studiedeltagare beskrev att de tidigare inte hade cyklat på träningscyklar och att det i början kändes svårt. Samtidigt valde de att fortsätta med övningen för att klara av den efter några tillfällen. Flera övningar var främmande för studiedeltagarena och samtidigt hindrade det inte dem från att delta i THR. De visade ett dynamiskt tankesätt, en personlig förmåga att se på det okända som möjlighet till lärande.

> *”Det ju inte lätt, jag har ju aldrig jobbat med några gummiband innan, så va’, så att det tar ju lite tid innan man lär sig men det är…det tycker jag var bra rörelse.” [3]*

Förmåga - Aktiv livsstil

Studiedeltagare beskrev aktiv livsstil som en tidigare och pågående erfarenhet av träning. Förmågan som studiedeltagarna beskrev var en färdighet att träna kroppen. Det handlade både om att studiedeltagarna tränade i ungdomsperioden och om att de tränade i vuxen ålder. Studiedeltagarna beskrev bland annat att de hade olika strategier för att stärka muskler och öka kondition. Till exempel tränade vissa på pensionärsföreningar, lokala idrottsföreningar, En deltagare beskrev att hen tränade regelbundet på egen hand. Formerna av egen träning varierade och det kunde handla om att de cykling, promenader, eller morgongympa. Två studiedeltagare beskrev även att de använder moderna monitoreringshjälpmedel till exempel att de följde upp sin träning på egen hand med hjälp av applikationer i mobiler eller aktivitetsklockor. Dessa tyckte även att registrering i pappersformat var av ett föråldrat egenmonitoreringssätt.

> *”Hon skrev ju ut att jag hade som jag sa, de här dagliga promenaderna. Hon skrev ju ut då ett recept på detta och ville ju att jag skulle fylla i att jag utfört det här, men det har jag inte varit motiverad att göra beroende på jag har en ”Fitbit” en hälsoklocka då som styr väldigt mycket i mitt liv så jag kan gå in sen i appen i telefonen och visa på det här mina dagliga promenader min spinning allting är dokumenterat då va’ så det tyckte jag var för gammaldags.” [7]*

Möjlighet - Upplägg

Studiedeltagarna beskrev upplägget utifrån tre faktorer nämligen träning som var anpassad till egen förmåga, introduktion samt träning som var både tidsmässigt och resursmässigt planerad. Alla studiedeltagare beskriver möjligheter att anpassa träningen till egen förmåga som positivt och lockande. Beskrivningarna handlade om att både medvetet och omedvetet höja intensiteten trots att det inte var en individuell träning. Möjligheten fanns och många tog den möjligheten. En av studiedeltagarna beskrev också nivån på träningen som lockande eftersom det inte handlade om hård träning som studiedeltagaren hade erfarenhet av från allmänna träningsanläggningar. Det var en nivå som både passade ålder och den egna förmågan. Uppfattningar handlade även om att både tiden och platsen var gynnsamma för deltagande. Några studiedeltagare beskrev att planerad träning blir av när träningen inte är hemma och att det handlar om att komma iväg till träning, att ha planerad tid. Introduktionen som gjordes inför THR beskrevs av tre studiedeltagare som en värdefull möjlighet för att förstå nästa steg i vårdprocessen och bli erbjuden THR i tidigt skede.

> *”Jag tycker det var ett bra upplägg de hade med både cykling och vad heter det styrketräning och gymnastik och tester och sånt… tiderna var ganska lagom vi höll på i en timma och tio minuter platsen är bra där har ni alla grejer.” [4]*

Möjlighet - Stöttning

Stöttning beskrev studiedeltagarna utifrån en professionell coachning från vårdpersonalen, stöttning från gruppen, stöttning från deras närstående samt trygg miljö. Vårdpersonalen stöttade på flera olika sätt. Bland annat stöttade man med att korrigera genomförande av övningar som inte var korrekt. Det uppskattades av fler studiedeltagare och de upplevde det som en tillgång. Vårdpersonalen hjälpte även med övervakning och insikt kring egen förmåga. Till exempel togs puls innan träningen och efter avslutad aktivitet. Vid pulstagningen fick patienterna resonera kring resultaten och hur träningen påverkade utfallet. En viktig stöttning fanns i den trygga miljön som studiedeltagarena uppfattade THR att vara. Det handlade om möjligheten att befinna sig bland ”kunniga” som en av studiedeltagarena sa. Förutom vårdpersonalens betydelse i THR beskrevs träningsgruppen som betydelsefull på olika sätt. Studiedeltagarna beskrev till exempel en tävlingsvilja i gruppen och ett driv som gruppgemenskapen möjliggjorde för dem. Gruppens betydelse beskrevs också som möjligheten till de social komponenter där erfarenheter och gemensamma utmaningar diskuterades och bearbetades, likartade nivåer på kondition samt gemensamma problem som en sammanfogande faktor. Det handlade alltså om att det blev lättare att komma till THR på grund av att man möjlighet att komma till en grupp som man känner igen. Deltagare beskrev även hur anhöriga stöttade med att genomföra stavgång tillsammans på fritiden.

> *”När man hade stavgång kunde man anstränga sig jätte mycket det vågade man ju inte innan, liksom att hjärtat tål. När jag var nere bland de här som var kunniga i det hela och om man blir dålig så kan de ta hand om en.” [1]*

Motivation - Förhoppning

Det som motiverade deltagare att delta i THR beskrev dem som förhoppning av välbefinnande och framtidshopp. Välbefinnande beskrevs som behagliga upplevelser i samband med rörelse, upplevelser av styrka, kraft och glädje. Deltagarna beskrev märkbara förbättringar av styrka och kondition liksom glädje och tacksamhet som motiverade att komma till THR.

> *”Det har väl varit jätte bra för att det känner jag ju, att det har stärkt lite i armar och så här då bättre kondition så det har väl vart jätte bra roligt och trevligt har det ju varit.” [3]*

Motivation - Ansvar

Flera studiedeltagare beskrev överenskommelse och åtagande som viktiga motivatorer för att delta i THR. Det handlade både om den formella och om den informella, tysta överenskommelsen till följd av den medicinska insatsen. Här uppfattade deltagare att åtagande handlade om skyldighet gentemot vårdpersonalen och hela vårdsystemet. Ansvar beskrevs även i termer av en skyldighet att minimera hälsoförluster genom att delta i THR.

> *”Ja man kan ju tycka att det borde va, nu är det ju frivilligt och det kanske måste va frivilligt, det känns som obligatoriskt har man gått genom sånt här operation ska man vara med på ett sånt gymupplägg alltså hälsoupplägg.” [7]*

Motivation - Målbilder

Hälsomål och målbilder som handlade att komma tillbaka till den gamla formen var viktiga för deltagares motivation att delta i THR. Hälsomål handlade om god hälsa, bättre kondition utifrån vetskap om hur viktigt det är för hjärtat och för allmänt välbefinnande. Några studiedeltagare beskrev en motiverande faktor i form av målsättningen att uppnå en gammal form. Det handlade om en positiv bild av framtiden, att den inte har fallit ihop med sjukdomen. Dessa målbilder förstärktes om att man nådde vissa fysiska framgångar och blev ett bevis på att kunna klara fler svårigheter.

> *”Jag motiverar mig så jag, jag känner att jag, jag vet ju att jag mår bättre om jag rör på mig. Det hade jag ju med mig…” [2]*

Faktorer som hindrar deltagande i THR

Förmåga - Kapacitet

Studiedeltagarena beskrev både bristande fysisk och psykisk kapacitet som hinder för deltagande i THR. De beskrev fysiologiska svårigheter i form av samsjuklighet som påverkar deltagande i THR. Det kunde handla om ont i knäna, svagheter i musklerna eller total utmattning till följd av den kirurgiska behandlingen i samband med hjärnsjukdomen. En av studiedeltagarena beskrev en trötthet som aldrig tidigare upplevts trots erfarenhet av flera tidigare kirurgiska ingrepp. Utöver det beskrev studiedeltagarna svårigheter att orka med mycket aktiviteter både på grund av de fysiologiska begränsningar som ork och de psykologiska begräsningar som svårighet att hänga med och klara av stress. En studiedeltagare hade problem med stresshantering redan tidigare som förvärrades väsentligt i samband med hjärtsjukdomen.

> *”Jag kunde gå med rullatorn lite sen var jag helt slut fanns ingen batteri. Man har fått ta det i små, små steg.” [6]*

Möjlighet - Livspussel

Under denna kategori beskrev studiedeltagarena faktorer som handlade om livspussel som andra måsten, avstånd till sjukhuset och möjligheter till egen träning. Eftersom tiderna för THR är fasta så är det inte alltid lätt att få ihop livspusslet. Studiedeltagarna beskriver planerade och oplanerade aktiviteter och händelser som försvårar deltagande. Det kan handla om sjukvårdande behandlingar, semester, begravningar med mera. Avståndet till sjukhuset var en faktor som gjorde livspusslet svårare att få ihop de dagarna studiedeltagarena åkte på THR. Flera berättar om att det blev den enda aktiviteten den dagen. Egen träning på hemma plan, som ersättning till THR, valdes då det fanns lokala aktiviteter som deltagare föredrog. Tre studiedeltagare beskriver att de simmade eller gick på vattengympa på hemmaplan.

> *”… vi bor ju fyra mil ifrån Sjukhuset så blir det ju lite tjatigt att resa fram och tillbaka så.” [5]*

Motivation - Farhågor

Studiedeltagarna beskrev farhågor i form av oro och rädsla. Oro och rädsla uppfattades som något som hindrande motivationen för att delta i THR. Deltagare var rädda för återfall både i direkt anslutning till träning som när de utförde övningarna. En deltagare beskrev rädsla för resor till och från THR och att hen kunde få ett återfall under tiden som hen körde bilen. Det handlade även om en konstant oro över fysisk ansträngning i samband med träning. Rörelserädsla beskrevs av flera studiedeltagare som rädsla att ta i och rädsla att inte känna till var pulsgränsen går.

> *”Det har ju varit så att jag inte vågat köra själv så det har ju min man fått göra… den här lite rädslan då att det ska händ nåt” [Studiedeltagare 2]*

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultaten av den här studien bidrar till kunskap om hur förbättringar som fokuserar på beteendeförändringsteknikerna (BFT) skulle kunna komponeras för att skapa förutsättningar för att ännu fler ska delta i THR.

Huvudsakliga resultat av denna studie visar på högre deltagande i träningsbaserad hjärtrehabilitering (THR) och tros bero på de testade interventionerna ”Min träningsplan” och ”Träning ute”. Även patienterna som deltog i studien av förbättringsarbetet uppfattade egen monitorering, coachning samt anpassad THR som faktorer som främjade deltagande i THR. Under perioden som förbättringsarbetet pågick ökade andel patienter som påbörjade THR från 40% till 62 % i genomsnitt och antal genomförda träningstillfällen ökade från 5 till 7 gånger i genomsnitt. Förbättringsteamets SMARTA målen för förbättringsarbetet nåddes under tiden för förbättringsarbetet.

Resultaten från nulägesanalysen indikerade att bristande engagemang i THR verkade vara kopplade till patienternas kunskaper, färdigheter och motivation. Dessa insikter, som stöds av tidigare forskning (Borg et al., 2019; Bäck et al., 2017; Clark et al., 2012), ledde till att insatserna i förbättringsarbetet fokuserade på att försöka påverka dessa faktorer genom användningen av verktygen "Min träningsplan" och "Träning ute". Det ökade antalet förskrivna ”Min träningsplan” mellan oktober 2021 och december 2021 verkar ha bidragit till patienternas ökade motivation och ökat deltagande i THR. Ökningen av förskrivningar i början av förbättringsarbetet talar för ett mer intensivt fokus på reflektion, coachning och motivation, som även tidigare forskning visat (Borg et al., 2020). Förbättringsteamet hade inom ramen för förbättringsarbetet utvecklat en enkät som var tänkt att användas för att kvantifiera nytta och användbarhet av ”Min träningsdagbok”. Patienterna som deltog i studien föredrog i stället att föra en dialog och förbättringsteamet valde därför att använda frågor som underlag i en ömsesidig dialog med patienterna. Dessa dialoger innebar en mera regelbunden uppföljning av patienternas egna monitorering, vilket också tros ha bidragit till reflektion och coachning och därmed högre motivation att fortsätta delta i THR. Från januari 2022 återgick förskrivningen av ”Min träningsplan” till de vanliga nivåerna som fanns före förbättringsarbetet. Den främsta orsaken tycks vara de förändrade prioriteringarna i samband med COVID-19-pandemin. Eftersom förbättringsteamet var tvunget att prioritera arbetet på vårdavdelningarna som behandlade patienter drabbade av COVID-19, tappade de delvis fokus på förbättringsarbete. Att förbättringsarbeten ofta tappar kraft på grund av kontextuella och kulturella förutsättningar bekräftas även i tidigare forskning (Godfrey et al., 2014).

För att skapa förutsättningar för deltagande i THR för personer som inte var vana vid träning testades interventionen ”Träning ute” med stavgång som huvudkomponent. Tidigare forskning visar på att avsaknad av tidigare erfarenhet av träning hindrar deltagande i THR (Bäck et al., 2017) varför vardagliga aktiviteter som stavgång tros ha haft en gynnsam effekt på benägenheten att påbörja THR. Utifrån tidigare forskning och teorierna bakom fysisk aktivitet på recept (FaR)(StatensFolkhälsoinstitut, 2012) verkar ökad tilltro till den egna förmågan också vara en viktig beteendeförändringsfaktor till en mer aktiv livsstil. När träningen liknade vardagliga aktiviteter som stavgång som deltagare tidigare utfört, sänktes tröskel för att delta i THR. Ahrenfelt (2013) menar att tankemönster, som uppstår ur positiva erfarenheter, tillåts ersätta gamla tankemönster. Denna omvärderingsprocess verkar ha haft betydelse för de patienterna som var rädda för rörelse och pulsstegring eftersom de successivt vågade delta och ”ta i” under aktiviteterna. Troligtvis var även detta en bidragande orsak till bättre resultat av förbättringsarbetet eftersom rädsla för rörelse är en betydande anledning till uteblivande från THR (Borg et.al., 2019; Bäck et al.,2017).

Antalet deltagare i THR grupperna var relativt konstant. Träningsgrupperna hade sju (Grupp 1) respektive sex (Grupp 2) deltagare i genomsnitt vilket också innebar att fler platser förblev outnyttjade på grund av uteblivna patienter. En möjlig orsak till detta kan tänkas vara trötthet och orkeslöshet, vilket flera studiedeltagare beskrev. I kombination med de andra hindrande faktorerna såsom oro, rädsla och livspussel som studiedeltagare beskriver, framträder ett komplext mönster som är intressant att fortsätta utveckla i det vardagliga arbetet framöver. Tidigare forskning visar dock att förbättringsarbeten inom THR som har fokuserat på BFT ökar både benägenhet till att påbörja som att fullfölja THR i sin helhet (Pack et al., 2013). Denna studie visar därmed hur förbättringar skulle kunna komponeras framöver för att skapa förutsättningar för att ännu fler ska delta i THR fortsättningsvis.

Metoddiskussion

Metod förbättringsarbete

Kontexten för förbättringsarbetet valdes utifrån en noggrann reflektion över rådande förutsättningar som Bate (2008) menar också är viktiga att ta hänsyn till i samband med kvalitetsförbättringsinitiativ och som oftast också är de vanligaste utmaningarna. Framförallt visade den valda rehabiliteringsverksamheten en vilja till förändring, en kultur av att vilja göra bättre och som samtidigt var inspirerad att tänka nytt. Förbättringsteamet hade vilja och driv att göra jobbet vilket Gustavsson (2020) anser tangerar med ”lyckade projekt”. Kontexten var även intressant med tanke på att förbättringsledaren tidigare arbetade tillsammans med samma förbättringsteam och hade på så sätt redan en etablerad professionell relation och tillit. Likaså var det ett stabilt mikrosystem som delade gemensamt syfte med god kännedom om gemensamma processer och mönster. Sårbarheten med kontexten var framförallt den pågående COVID-19 pandemin, då förbättringsteamet var tvunget att prioritera arbete med COVID-19 patienterna på bekostnad av förbättringsarbetet. Denna kontextuella förutsättning kunde författaren inte förutspå trots vetskapen att kontexten och kulturen ofta orsakar att förbättringsarbeten strandar (Godfrey et al., 2014).

En fördelaktig aspekt av den genomförda nulägesanalysen på sjukvårdsregionalnivå var att deltagandet i THR kunde undersökas från olika perspektiv och inom en bredare kontext. Detta möjliggjorde en mer omfattande studie jämfört med om det lokala teamet hade begränsat sig till sin specifika lokala kontext. Tjänstedesign-metodiken hjälpte arbetsgruppen att involvera en samlad kompetens av personer med erfarenhet av hjärtsjukdom, aktuell forskning kring hjärtrehabilitering samt folkhälsovetenskap. Metodiken bidrog även till att visualisera gapen med hjälp av en patientresa (Holmlid & Wetter Edman, 2021). För att ta vidare denna kunskap valde författare att utifrån en utarbetad förändringsplan koppla ihop den tillgängliga vetenskapliga evidensen, nulägesanalysen och kunskapen om den lokala kontexten för att skapa förutsättningar för mätbara kvalitetsförbättringar (Batalden & Davidoff, 2007).

Förbättringsteamet såg fördelar med att genomföra systematiskt förbättringsarbete utifrån agilt förhållningssätt (Batalden & Stoltz, 1995; Gustavsson, 2020). Det handlade om att träffas ofta och under kortare tid samt att hitta balans så att strukturen inte kväver nytänkande och passionen att förbättra. Ett exempel på metod för agilt men strukturerat arbetssätt är PDSA cykeln (Gustavsson, 2020) som också är ett centralt verktyg inom kvalitetsförbättringar som görs inom hälso- och sjukvården (Taylor et al., 2014). Förbättringsteamet följde förbättringsrampen och samtidigt var inte arbetet en linjär process utan teamet kom ofta tillbaka till olika delar av rampen utifrån faktumet att det inträffar olika saker i förbättringsarbetet. Det agila arbetssättet var till stor hjälp just därför. En av utmaningarna var att bedöma vilken förbättringsidé som var den lämpligaste att testa på ett komplext problem som deltagande i THR. Trots gedigen tillgång till data från journalsystem så var det svårt att hitta sätt att mäta effekten av kvalitetsförbättringarna. Bland annat var det komplicerat att komma fram till rätt siffror eftersom dessa berodde hur registreringar gjordes i journalsystemet. Samtidigt fanns det begränsningar i systemet hur dessa kunde sorteras och extraheras ut. Det var enbart förbättringsledaren som kunde arbeta med data från systemet medan övriga i förbättringshemmet registrerade i journalsystemet. Därför var överenskommelse om registreringar och data viktig. Vidare var det relativt enkelt att testa förändringen ”Träning ute” med tanke på att det framstod som den mest rationella varianten av träning under senare höst 2021 under rådande COVID-19 pandemi. Inte minst var det befogat att arbeta med den förändringsidén på grund av att både medarbetare och patienter tyckte att det var motiverande att göra det. ”Min träningsplan” togs fram i pappersformat vilket förutsatte att personer som fick den behövde ta med den till varje träningstillfälle. Trots låg följsamhet till att ta med träningsplanen till respektive träningstillfälle, uppgav flera personer att de använde den. Förbättringsteamet hade tidigare erfarenheter av svårigheter att komma ihåg att ta med sig träningsplaner i pappersformat och hade önskat att testa en elektronisk variant från start. Vid detta tillfälle fanns inte tid att utforska de tekniska möjligheterna. Det finns planer i verksamheten att utreda möjlighet till både monitoreringsverktyg och kommersiellt tillgängliga applikationer.

Förbättringsteamet träffades såväl digitalt som fysiskt. Det var betydligt bättre att träffas fysiskt och det skapade en känsla av gemenskap. Det var dock nödvändigt att träffas digitalt på grund av COVID-19 pandemin. Hade utvecklingsledare kunnat vara på plats så hade det säkert uppstått flera spontana möten kring förbättringsarbetet.

Deltagande i THR, sett utifrån antalet träningstillfällen per individ, mättes under två olika perioder; en före och en efter förbättringsarbetet. Den här typen av mätningar var egentligen inte lämpliga för förbättringsarbetet eftersom de framförallt fokuserade på bedömning av resultat i stället för att fokusera

på det som skapade resultat och en prognos av framtida utfall (Provost, 2011). Dessa var dock kopplade till målsättningen och balanserades av de andra mätetalen som kunde följas under tiden som förbättringsarbetet pågick. Mätningarna avseende andel patienter som påbörjade THR samt andel utfärdade FaR hade en mätfrekvens på månadsbasis vilket är ett långt tidsintervall i förbättringssammanhang. Förändringarna som gjordes var svåra att relatera till mätetalen och det var först efter flera månader som analysen av data var rimlig att genomföra. Detta ledde till frustration i förbättringsteamet som ville se effekterna av förändring i snabbare takt.

En viktig parameter i förbättringsarbetet var att patienterna involverades i framtagandet av ” Min träningsplan” samt ”Träning ute”. Kontinuerliga dialoger med patienterna gälade båda interventioner tros ha möjliggjort att patienten kände sig mer som partner i förbättringsarbetet och delade därmed även ansvaret för måluppfyllelsen. Den typen av partnerskap menar Demin (2000) leder till en personlig transformation från att se sig som passiv till att se sig som aktiv deltagare i samskapandet. Författaren utgick ifrån att patienter är experter på sina erfarenheter (Holmlid & Wetter Edman, 2021) menar att det handlar att utgå från.

Metod studie

Urvalet av deltagare till studien baserades på tydliga urvalskriterier, varav ett kriterie var att deltagarna kunde beskriva sina uppfattningar kring deltagande i THR. Ett annat urvalskriterium var att man skulle delta i THR minst 6 gånger. Ett kriteriestyrt urval i föreliggande studie var resurs- och tidseffektivt samtidigt som den tros öka tillförlitligheten av den tilltänkta studiedesignen (Bryman & Nilsson, 2018). Majoriteten av personer som deltog i THR var mellan 70 och 80 år varför dessa resultat beskriver uppfattningar inom denna åldersspannet.

För att komma åt uppfattningar och personlig erfarenhet använde författaren semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod (Bryman & Nilsson, 2018). Fördelen med semistrukturerade intervjuer var att författaren inte behövde vara fastbunden till frågornas efterföljd samt kunde med hjälp av följdfrågor följa studiedeltagares respons och fånga informationen som var knuten till forskningsfrågorna (Henricson, 2017). Denna flexibilitet och samtidig fokus på forskningsfrågor möjliggjorde för författaren att fånga en mer nyanserad. Ytterligare fördel med att frågor inte behöver ställas i samma ordning var att det skapade flyt och en samtalskänsla under intervjun. De sonderande och fördjupande frågor som Bryman and Nilsson (2018) menar gynnar både samtalet och relationen, kom som en naturlig del av intervjun och skapade en tillitsfull och harmonisk stämning.

Genom att författaren själv intervjuade och transkriberade materialet medförde detta en god förståelse av helheten (Bengtsson, 2016). Denna förståelse av helheten skapade bättre förutsättningar för analysarbete vilket även Elo & Kyngäs (2008) menar är avgörande för analyskvaliteten. Eftersom arbete med transkriberingen var en tidskrävande insats hann författaren reflektera upprepade gånger över utsagorna vilket skapade ännu bättre förutsättningar för analysarbete. Författaren var även medveten om att tidsåtgången kunde skapa stress över transkribering och en angelägenhet om att komma igång med analysen vilket Elo and Kyngäs (2008) menar kan påverka analysarbete negativt. Därför har författaren lugnt och metodiskt arbetat utifrån i förväg utarbetad studieplan enligt figur 9. Transkriberade utsagor analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2008). Denna metodik möjliggjorde struktur i analysarbetet och ett konkret fokus på COM-B domänerna (Michie et al., 2011) som analysarbetet utgick ifrån till skillnad från den induktiva innehållsanalysen som ofta uppfattas som kaotisk (Elo & Kyngäs, 2008). Innehållet som inte var domänspecifik exkluderades från analysarbete vilket underlättade abstraktionsarbetet. Författaren såg fördelar med att innehållsanalysen var flexibel (Elo & Kyngäs ,2008). För att stärka kvaliteten i analysarbetet valde författaren att återvända flera gånger till ursprungstexterna. Vidare genomfördes delar av analysprocessen tillsammans med handledare vilket sammantaget bidragit till tydlig struktur, noggrann jämförelse av meningsbärandeenheter, subkategorier och kategorier som stärker tillförlitligheten i analysen samt ökar trovärdigheten för studiens resultat (Elo & Kyngäs, 2008).

Slutsatser

- **Egenmonitorering tillsammans med regelbunden uppföljning ledde till att patienterna deltog i THR under längre tid.**
  Dialogerna som kretsade kring registrering av träning innebar ofta coachning av patienter vilket ledde till att träningen fick ytterligare en värdefull dimension. Patienterna kunde relatera träningen till ökning av fysisk kapacitet, välmående och framtidstro och förblev motiverade att komma till THR.

- **THR som påminner om vardagliga aktiviteter bidrar till ökat deltagande och att patienter är kvar längre i THR.**
  Att börja träna efter en hjärthändelse kan vara väldigt traumatiskt men framförallt kan tilltro till den egna förmågan för personer som inte har tränat tidigare vara låg. Att visa på att de rörelserna som patienterna är vana vid, som att gå, kan anpassas till att uppfylla kraven för ansträngning och vara en fullvärdig träningsmetod. Tröskel för träning sänks samtidigt som en positiv erfarenhet av träning förstärker tilltro till egen förmåga och därmed benägenheten att fortsätta delta i THR.

- **Förstärka dynamiskt tänkande och vardaglighetsutbud i THR**
  Studien visar att det nuvarande utbudet av THR attraherar individer med tidigare träningserfaren-het och/eller en dynamisk tankesätt, som tror på sin egen förmåga. För att nå en bredare målgrupp behöver THR vidareutvecklas för att inkludera och engagera de som saknar dessa specifika förmågor eller önskar förstärka dem.

- **COM-B modellen kan användas för att stärka beteenden för att få fler i rörelse**
  Studiens resultat visar i riktning att COM-B-modellen och dess förändringshjul kan vägleda utformningen av THR för att främja beteendeförändringar bland hjärtpatienter som inte aktivt deltar i THR.

Praktiska implikationer

Förbättringsarbetet har gett insikt till vårdprofessionen hur viktigt det är med varierande träning som inte kräver tidigare träningserfarenhet. THR kan utformas utifrån nybörjargrupper eller instegsgrupper för att sedan fokusera på att vidmakthålla träningen.

Ett färdigt monitoreringsverktyg som tagits fram i samverkan med patienterna finns tillgänglig för att dela ut till patienterna i pappersformat. Utifrån denna kan vårdprofessionen avgöra vilka tillgängliga digitala verktyg som kan vara lämpliga/lätt tillgängliga för att monitorera egna aktiviteter.

COM-B beteendeförändringshjul kan användas som förbättringsverktyg för att skräddarsy THR utifrån patienternas förmågor, möjligheter och motivation.

På sikt är det även möjligt att adressera och skräddarsy THR med hjälp av digitala monitoreringsverktyg och möjliggöra att THR blir en del av vardagen. Att i ännu större utsträckning motivera och coacha till lämplig ansträngningsnivå på distans.

Patienterna som deltar i THR med inslag av vardagliga aktiviteter kan få kunskap och insikt hur vardagliga aktiviteter kan anpassas till lämplig ansträngningsnivå. På så sätt skapas förutsättningar till att vidmakthålla träning över tid även efter avlutad THR.

Referenser

Ahrenfelt, B. (2013). Förändring som tillstånd : att leda förändrings- och utvecklingsarbete i företag och organisationer (3., rev. uppl. ed.). Studentlitteratur.

Batalden, P., Bate, P., Webb, D., & McLoughlin, V. (2011). Planning and leading a multidisciplinary colloquium to explore the epistemology of improvement. *BMJ quality & safety*, *20 Suppl 1*, i1-4. https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051672

Batalden, P., & Stoltz, P. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *Jt Comm J Qual Improv*, *19*, 424-447; discussion 448. https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30025-6

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality & safety in health care*, *16*(1), 2-3. https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046

Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1995). Quality management and continual improvement of health care: A framework. *The Journal of continuing education in the health professions*, *15*(3), 146-164. https://doi.org/10.1002/chp.4750150304

Bate, P. (2008). *Organizing for quality : the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Radcliffe.

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus open*, *2*, 8-14. https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001

Borg, S. (2021). *Exercise-Based Cardiac Rehabilitation in Patients with Coronary Artery Disease: Attendance, Adherence and the Added Value of a Behavioural Medicine Intervention*

Borg, S., Öberg, B., Leosdottir, M., Lindolm, D., Nilsson, L., & Bäck, M. (2019). Factors associated with non-attendance at exercise-based cardiac rehabilitation. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, *11*(1), 13-13. https://doi.org/10.1186/s13102-019-0125-9

Borg, S., Öberg, B., Nilsson, L., Soderlund, A., & Bäck, M. (2020). The Added Value of a Behavioral Medicine Intervention in Physiotherapy on Adherence and Physical Fitness in Exercise-Based Cardiac Rehabilitation (ECRA): A Randomised, Controlled Trial [article]. *Patient Preference and Adherence*, *14*, 2517-2529. https://doi.org/10.2147/PPA.S285905

Bryman, A., & Nilsson, B. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Upplaga 3 ed.). Liber.

Bäck, M., Öberg, B., & Krevers, B. (2017). Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation - facilitators, barriers and physiotherapist's role: A qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders*, *17*(1), 77-77. https://doi.org/10.1186/s12872-017-0512-7

Clark, A. M. P., King-Shier, K. M. P., Thompson, D. R. P., Spaling, M. A. M., Duncan, A. S. M. A., Stone, J. A. M. D. P., Jaglal, S. B. P., & Angus, J. E. P. (2012). A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *The American heart journal*, *164*(6), 835-845.e832. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2012.08.020

De Vos, C., Li, X., Van Vlaenderen, I., Saka, O., Dendale, P., Eyssen, M., & Paulus, D. (2013). Participating or not in a cardiac rehabilitation programme: factors influencing a patient's decision. *European journal of preventive cardiology*, *20*(2), 341-348. https://doi.org/10.1177/2047487312437057

Deming, W. E. (2000). *The new economics : for industry, government, education* (2. ed. ed.). MIT Press.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, *62*(1), 107-115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

God forskningssed. (2017). (Reviderad utgåva ed.). Vetenskapsrådet.

Godfrey, M. M., Andersson-Gare, B., Nelson, E. C., Nilsson, M., & Ahlstrom, G. (2014). Coaching interprofessional health care improvement teams: the coachee, the coach and the leader perspectives. J Nurs Manag, 22(4), 452-464. https://doi.org/10.1111/jonm.12068

Goodwin, L., Ostuzzi, G., Khan, N., Hotopf, M. H., & Moss-Morris, R. (2016). Can We Identify the Active Ingredients of Behaviour Change Interventions for Coronary Heart Disease Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, *11*(4), e0153271. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153271

Gustavsson, T. (2020). *Agil projektledning* (Fjärde upplagan ed.). Sanoma utbildning.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl. ed.). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed.). Studentlitteratur.

Holmlid, S., & Wetter Edman, K. (2021). *Tjänstedesign : principer och praktiker* (Upplaga 1 ed.). Studentlitteratur.
Joelsson, M., Lundqvist, S., & Larsson, M. E. H. (2020). Tailored physical activity on prescription with follow-ups improved motivation and physical activity levels. A qualitative study of a 5-year Swedish primary care intervention. *Scandinavian journal of primary health care*, *38*(4), 399-410. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842965
Kaplan, H. C., Froehle, C. M., Cassedy, A., Provost, L. P., & Margolis, P. A. (2013). An exploratory analysis of the model for understanding success in quality. *Health Care Manage Rev*, *38*(4), 325-338. https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182689772
Kyngäs, H., & Kaakinen, P. (2019). Deductive Content Analysis. In (pp. 23-30). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6_3
Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, P. L. (2009). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2nd Ed.). Jossey-Bass.
Lans, C., Cider, Å., Nylander, E., & Brudin, L. (2018). Peripheral muscle training with resistance exercise bands in patients with chronic heart failure. Long-term effects on walking distance and quality of life; a pilot study. *ESC Heart Failure*, *5*(2), 241-248. https://doi.org/10.1002/ehf2.12230
Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik* (3. uppl. ed.). Studentlitteratur.
Lawler, P. R., Filion, K. B., & Eisenberg, M. J. (2011). Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post–myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American heart journal*, *162*(4), 571-584.e572. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.07.017
McAuliffe, H., Mc Sharry, J., Dunne, D., Byrne, M., & Meade, O. (2021). Identifying the active ingredients of cardiac rehabilitation: A behaviour change technique and qualitative analysis. *British journal of health psychology*, *26*(4), 1194-1218. https://doi.org/10.1111/bjhp.12531
Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of behavioral medicine*, *46*(1), 81-95. https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6
Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, *6*, 42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42
Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science : IS*, *6*(1), 42-42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42
Moen, R. D., & Norman, C. L. (2010). Circling Back. *Quality progress*, *43*(11), 22.
Moen, R. D., & Norman, C. L. (2016). Always applicable. *Quality progress*, *49*(6), 46.
Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design : a clinical microsystems approach* (1. ed. ed.). Center for the Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth.
Nilsen, P., Thor, J., Bender, M., Leeman, J., Andersson-Gäre, B., & Sevdalis, N. (2022). Bridging the Silos: A Comparative Analysis of Implementation Science and Improvement Science [Systematic Review]. *Frontiers in Health Services*, *1*. https://doi.org/10.3389/frhs.2021.817750
Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*, *25*(12), 986-992. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411
Pack, Q. R., Johnson, L. L., Barr, L. M., Daniels, S. R., Wolter, A. D., Squires, R. W., Perez-Terzic, C. M., & Thomas, R. J. (2013). Improving cardiac rehabilitation attendance and completion through quality improvement activities and a motivational program. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, *33*(3), 153-159. https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31828db386
Provost, L. P., Sandra K. Murray. (2011). *The health care data guide: learning from data for improvement* (1 st ed. ed.). Jossey-Bass.
Reed, J. E., McNicholas, C., Woodcock, T., Issen, L., & Bell, D. (2014). Designing quality improvement initiatives: the action effect method, a structured approach to identifying and articulating programme theory. *BMJ quality & safety*, *23*(12), 1040-1048. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003103
RiksSvikt. (2020). *2019 RiksSvikt Årsrapport*. https://www.ucr.uu.se/rikssvikt/om-rikssvikt/nyheter/1612-rikssvikts-arsrapport-2019

Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., Raposeiras, S., van 't Hof, A., Meindersma, E., Prescott, E. I. B., & González-Juanatey, J. R. (2016). Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *International journal of cardiology*, *223*, 436-443. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.120

Senge, P. M. (1995). Den femte disciplinen : den lärande organisationens konst. Nerenius & Santérus.

SFS2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460)*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. https://www.svenskforfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2018-04/SFS2018-218.pdf

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård : stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.

Staniford, L., & Schmidtke, K. (2020). A systematic review of hand-hygiene and environmental-disinfection interventions in settings with children. *BMC Public Health*, *20*. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8301-0

StatensFolkhälsoinstitut. (2012). *FaR – individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c6e2c1cae187431c86c397ba1beff6f0/r-2011-30-far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf

Suutari, A.-M., Thor, J., Nordin, A. M. M., Kjellström, S., Josefsson, K. A., & Suutari, A.-M. (2021). Improving health for people living with heart failure: Focus group study of preconditions for co-production of health and care. *Journal of Participatory Medicine*, *13*(2), e27125-e27125. https://doi.org/10.2196/27125

SWEDEHEART. (2020). *SWEDEHEART Annual report 2019*. T. Jernberg. https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/1-swedeheart-annual-report-2019/viewdocument/2948

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety*, *23*(4), 290-298. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862

Tonnquist, B. (2021). *Projektledning* (Åttonde upplagan ed.). Sanoma utbildning.

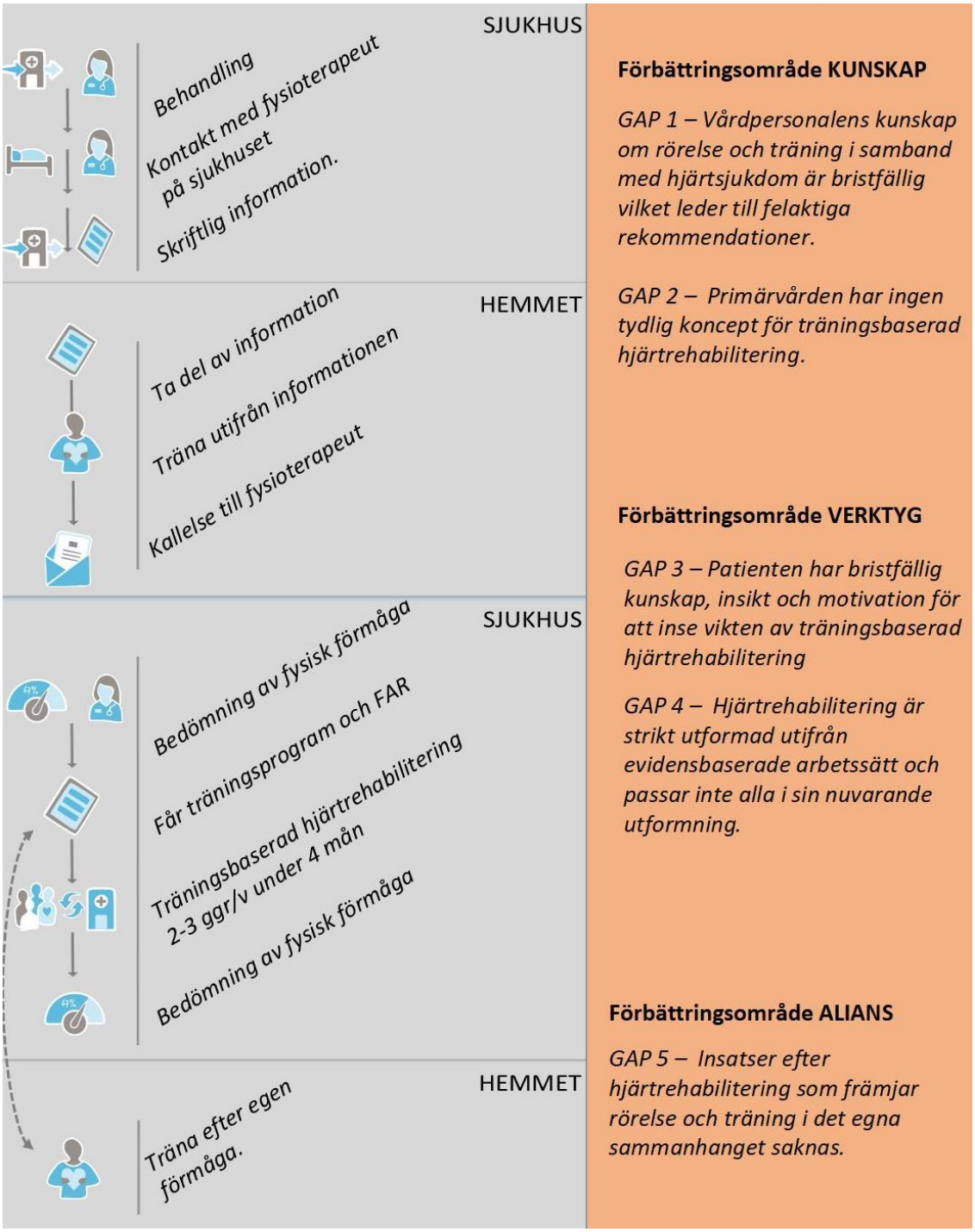
WHO. (2021). *Cardiovascular Diseases*. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

WMA. (2013). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Ögmundsdottir Michelsen, H., Sjölin, I., Schlyter, M., Hagström, E., Kiessling, A., Henriksson, P., Held, C., Hag, E., Nilsson, L., Bäck, M., Schiopu, A., Zaman, M. J., & Leosdottir, M. (2020). Cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in Sweden – evaluation of programme characteristics and adherence to European guidelines: The Perfect Cardiac Rehabilitation (Perfect-CR) study. *European journal of preventive cardiology*, *27*(1), 18-27. https://doi.org/10.1177/2047487319865729

Bilagor

Bilaga 1. Patientresa med fokus på hjärtrehabilitering



Bilaga 2. Mätmatris för mätetalen som ingår förbättringsarbete

Mätetal/mått	**Operationalisering**
Andel som påbörjar deltagande i THR	• Täljare: Antal personer som kommer till första besök med fysioterapeut och accepterar deltagande i THR. • Nämnare: Totalt antal personer som kommer till första besök med fysioterapeut • Anges som andel i %. • Datakälla: Manuell registrering • Frekvens: Månad • Presenteras som p-diagram
Medelvärde av antalet träningstillfällen per individ som deltog i THR	• Medelvärde av antalet träningstillfällen för samtliga patienter under vald period. • Anges som antal • Datakälla: Manuellt uttag från Diver (Region Jönköpings Läns statistiska databas) • Frekvens: Före förbättringsarbete och efter förbättringsarbete • Presenteras som stapeldiagram
Andel ordinerade FaR	• Täljare: Antal patienter som har träffat fysioterapeut på grund av sin hjärtsjukdom och som har fått FaR förskrivet. • Nämnare: Totalt antal personer som har träffat fysioterapeut på grund av sin hjärtsjukdom. • Anges som andel i % • Datakälla: Manuellt uttag från Diver (Region Jönköpings Läns statistiska databas) • Frekvens: Månad • Presenteras som p-diagram
Antal deltagare i THR	• Antal deltagare i Grupp 1 (onsdagsgruppen) • Antal deltagare i Grupp 2 (torsdagsgruppen) • Anges som antal • Datakälla: Manuellt uttag från Diver (Region Jönköpings Läns statistiska databas) • Frekvens: Vecka • Presenteras som sekvensdiagram

Bilaga 3. Enkät träningsplan

Hej,

Vi är tacksamma att du vill hjälpa oss att utveckla rehabilitering av personer med hjärtsjukdom. Enkäten är helt anonym.

Vill du hellre svara digitalt genom din mobil använd QR koden

Har du fyllt i din träningsplan?

☐ Ja

☐ Nej

Har du tagit med dig din träningsplan till rehabiliteringstillfället?

☐ Ja

☐ Nej

Upplever du att träningsplanen underlättar träning för dig?

☆ Underlättar inte ☆ Underlättar i liten grad ☆ Underlättar i stor grad

Hur har träningsplan påverkat din motivation?

Påverkar inte alls min motivation ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Jag blir jätte motiverad

Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera träningsplan till en person med hjärtsjukdom?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inte alls sannolikt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket sannolikt

Bilaga 4. Intervjuguide

Introduktion

- Berätta att intervjun kommer att spelas in. OK att spela in?
- Berätta om studiens syfte och frågeställning och bakgrund
- Informerat samtycke

THR

- Kan du beskriva/berätta hur din rehabilitering har sett eller ser ut?

- Kan du beskriva/berätta hur THR har mött dina behov och förutsättningar?

- Kan du beskriva/berätta vad som har betydelse för dig för att THR ska bli av?

- Kan du berätta om ett tillfälle då du valde att inte gå på THR?

- Kan du beskriva/berätta hur våra insatser stödjer dina strategier för att genomföra THR?

- Baserad på din erfarenhet: var skulle du börja om du skulle omforma och förbättra THR? Tänk dig att vi börjar om och från början med hela processen! Hur skulle vi kunna ännu bättre stödja dig i din THR?

Avslutande
Har du något du vill tillägga eller något jag inte frågade som du vill belysa?

Tack!

Bilaga 5. Studieinformation

Information om studien

Vi vill fråga dig om du vill delta i studien ”Hållbara träningsvanor inom hjärtrehabilitering” genom att delta i en intervju. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär för dig att delta i studien.

Vad är det för en studie och varför vill ni att jag ska delta?

Fysisk träning och fysisk aktivitet har oerhört stor betydelse för hälsa och överlevnad i samband med hjärtsjukdom. Effekterna av fysisk träning är väl beforskade och jämförs med effekterna av läkemedel samtidigt som fysisk träning saknar negativa bieffekter.

Arbetslaget på rehabiliteringscentrum i Värnamo som träffar patienter som remitterats för hjärtrehabilitering, försöker ständigt förbättra förutsättningar för god hjärtrehabilitering för att fler ska träna och bli fysisk aktiva. Eftersom träningsvanor är ett komplext fenomen behöver vi ännu bättre förstå hur våra arbetssätt i relation till dina behov och förutsättningar påverkar dina träningsbeteenden för att mer specifikt kunna förbättra våra arbetssätt. Studien görs som en del av ett mastersarbete på Jönköpingsuniversitet.

Vi avser att studera förmågor, förutsättningar och motivationsfaktorer som påverkar följsamheten till överenskommelsen (FaR) med fysioterapeuten. Vi är särskilt intresserade av att studera faktorer som kan underlätta eller försvåra att den ordinerade träningen/aktiviteten genomförs.

Vi planerar att via enskilda samtal intervjua personer som remitterats till hjärtrehabilitering, vilket är anledningen till denna förfråga. Vi kommer också att samtala med personal och deras uppfattningar.

Forskningshuvudman för studien är Jönköpingsuniversitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien. Egen etisk granskning av studien är gjord och granskad av huvudman.

Intervjuerna planeras pågå under mars och april 2022.

Hur går studien till?

Studien omfattar enskilda intervjuer med patienter som har remitterats för hjärtrehabilitering till rehabiliteringscentrum i Värnamo. Enskild intervju innebär att man samtalar under ledning av undertecknad kontaktperson. Samtalet beräknas pågå i cirka 60-90 minuter. Tidpunkten för samtal avtalas på telefon.

Intervjun genomföras via telefon. Se till att du sitter bekvämt och ostört. Undertecknad ringer på överenskommen tid.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Undertecknad bedömer att det finns mycket små risker i förhållande till den nytta och den kunskap som projektet kommer att generera. Det finns dock risk att känna sig tvungen att delta i intervju.

Undertecknad är mycket väl medvetna om denna risk och kommer att göra sitt yttersta för att skapa en förtroendefull atmosfär genom intervjutillfället. Därtill betonar vi frivilligheten att delta i forskningsprojektet och varje intervju anonymiseras så att det du säger inte skall kunna spåras till dig.

Muntlig information och informerat samtycke kommer att inhämtas. Undertecknad kommer också betona att det när som helst går att avbryta deltagandet utan att ange skäl eller att det leder till några negativa följder.

Vad händer med mina uppgifter?

Studien kommer att samla in och registrera den information i intervjutillfället, som du själv önskar framföra. Intervjuerna spelas in på ljudupptagare/video. Anledningen till att intervjuerna spelas in beror på att de både ska transkriberas och analyseras av undertäcknad.

Jönköpingsuniversitet är övergripande ansvarig huvudman för projektet och äger all forskningsdata. Inga obehöriga kommer att ha tillgång till insamlat material.

Dina svar och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Tom Azdajic. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna har analyserats och varit del av en studieslutsats i den aktuelle studien.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Resultatet av projekt kommer att spridas på nationella och internationella, vetenskapliga konferenser och i andra sammanhang såsom nätverkande inom såväl forskning som i praktisk verksamhet. Resultaten kommer också att presenteras i olika vetenskapliga och populärvetenskapliga artiklar.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvarig för studien

Tom Azdajic, Verksamhetsutvecklare, Rehabiliteringscentrum.

tomislav.azdajic@rjl.se

Telefon: 072-212 57 04

Bilaga 6.Exempel deduktiv innehållsanalys

Ramverket för kodning inom domänerna i COM-B modellen

COM-B modellens domäner	Beskrivning
Förmåga	*Inom denna domän kodades meningsbärande enheter när utsagorna beskrev kunskap relaterad till sin sjukdom och THR, psykologisk och fysisk styrka samt färdigheter kopplade till fysisk aktivitet och träning.*
Möjlighet	*Inom denna domän kodades meningsbärande enheter när utsagorna beskrev yttre faktorer som gör utförandet av THR möjligt. Meningsbärande enheter som beskrev tid, plats, tillgängliga resurser, sociala normer och omgivande miljö inkluderades i domänen.*
Motivation	*Inom denna domän kodades meningsbärande enheter när utsagorna beskrev de interna processer som påverka vårt beslutsfattande och vårt beteende. Meningsbärande enheter handlade om planering, utvärdering av saker som redan har hänt, våra önskningar, impulser och hämningar.*

Exempel på meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter samt koder

COM-B modellens domäner	Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod
Möjlighet	Och det här att de visar en så fort man inte gör rätt då för det är ju väl inte så lätt med gummiband och grjer att man står fel eller. De liksom talar om då men de är ju lika på å tala om att man är duktig, pushar en. Det är ju så,det är ju lite det man behöver också.	De visar en så fort man inte gör rätt. De är ju lika på å tala om att man är duktig och gör rätt. De pushar en.	Råd och push
	Det var ju rätt att sitta på en test cykel och cykla i femton minuter, kan man ju göra som en, man får ju själv belasta lite så man känner att man bli trött och så.	Det var rätt att sitta på en testcykel. Man får belasta som man känner att man bli trött.	Träna efter egen förmåga

Bilaga 7. Min träningsplan

Min träningsplan

Namn: Datum rehab start:

Min träningsplan
Individanpassad och överenskommen ordination av fysisk aktivitet

Typ av träning	**Antal gånger/ vecka**	**Tid**	**Intensitet Borgska-lan (RPE)**
Aktivitet 1			
Aktivitet 2			
Aktivitet 3			

Ta med din träningsplan varje gång du tränar i grupp eller träffar din fysioterapeut.

Anteckna varje gång du har tränat eller gjort en annan lättare aktivitet. Se exempel nedan.

Namn								
Dag **Datum**		**Måndag** **1/3**	**Tisdag** **5/3**	**Onsdag** **6/3**	**Torsdag** **7/3**	**Fredag** **8/3**	**Lördag** **9/3**	**Söndag** **10/3**
Exempel	***Träning*** ***Borg 12-17***	*Cykling* *16*	*Promenad* *12*	*Rehabgrupp* *15*	*Springa* *15*		*Styrketräning*	*Springa* *15*
	Tid (min)	*20*	*45*	*60*	*20*		*45*	*20*
	Övriga lättare aktiviteter Borg 9-11					*Trädgård* *11*		*Plocka svamp* *11*
	Tid (min)					*30*		*20*

Dag **Datum**		**Måndag**	**Tisdag**	**Onsdag**	**Torsdag**	**Fredag**	**Lördag**	**Söndag**
Vecka 1	**Träning** **Borg 12-17**							
	Tid(min)							
	Lättare ak-tiviteter **Borg 9-11**							
	Tid(min)							
Vecka 2	**Träning** **Borg 12-17**							
	Tid(min)							
	Lättare ak-tiviteter **Borg 9-11**							
	Tid(min)							

Dag **Datum**		**Måndag**	**Tisdag**	**Onsdag**	**Torsdag**	**Fredag**	**Lördag**	**Söndag**
Vecka 3	**Träning** **Borg 12-17**							
	Tid(min)							
	Lättare ak-tiviteter **Borg 9-11**							
	Tid(min)							