



HÖGSKOLAN
DALARNA

Magisterarbete

Vad upplever äldre personer med fallrisk själv hindrar eller motiverar dem till att vara fortsatt fysisk aktiva efter en träningsintervention?

- en kvalitativ intervjustudie

What do older people with a risk of falls perceive as barriers and motivating factors for physical activity after a training intervention?

- A qualitative interview study

Författare: Laura Bohlin och Johanna Bylinder

Handledare: Anna Cristina Åberg

Examinator: Annie Palstam

Ämne/huvudområde: Fysioterapi

Kurskod: MC3028

Poäng: 15hp

Examinationsdatum: 2022-05-20

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Abstrakt

Bakgrund

Människor över 65 år är den grupp som konsumerar mest vård i samhället. Med hjälp av hälsofrämjande åtgärder som till exempel fysisk aktivitet är det möjligt att förebygga många åldersrelaterade åkommor och fallolyckor som kan leda till behov av vård. I tidigare studier har man sett att många äldre inte når upp till rekommendationerna gällande fysisk aktivitet. Inaktivitet, muskelsvaghet och läkemedelskonsumtion är faktorer som ger en ökad risk för fall. Arbete med fysisk aktivitet kan ge en minskad fallrisk och arbetet handlar mycket om motivation och att stödja individer till att på sikt bibehålla en ökad fysisk aktivitet.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka vad äldre personer med fallrisk själv upplever hindrar eller motiverar dem till att vara fortsatt fysisk aktiv eller inte en tid efter avslutad träningsperiod.

Metod

En kvalitativ intervjustudie med deskriptiv design och en semistrukturerad intervjuguide genomfördes i Stockholmsområdet med elva deltagare i åldern 75-91 som alla utfört en träningsperiod med fysioterapeut. Materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Resultatet visade på olika hindrande och motiverande faktorer till att fortsätta vara aktiv vilka härleddes till den biopsykosociala modellen. Det fanns en stor variation gällande faktorer inom studiepopulation. Fyra huvudkategorier och nio stycken olika underkategorier noterades.

Slutsats

Äldre personer upplever många olika hinder och motiverande faktorer till fysisk aktivitet. Resultatet kan förhoppningsvis inspirera fysioterapeuter till mer uppmärksamhet gällande hinder och motivation till fysisk aktivitet.

Nyckelord: Fallprevention, Fysik aktivitet, Hinder, Motivation, Äldre

Abstract

Background

People over the age of 65 is the biggest healthcare consumers. Work with preventative healthcare measures such as physical activity you could prevent or decrease many age-related illnesses and falls that cause hospitalization. It's known that many older people don't meet the recommendations when it comes to daily physical activity. Inactivity, muscle weakness, drug consumption are factors that are associated with a higher risk of falls. Physical activity and exercise are methods that can reduce the risk of falls and with that the need to work with motivation to maintain an increased level of physical activity over time.

Aim

The aim of this study was to explore what older people with a risk of falls perceive as barriers and motivating factors for physical activity after a training intervention.

Method

Data was conducted via a qualitative interview with a descriptive design. A semistructured interview-guide was used. Eleven participants between the ages 75-91 took part in the study. They had all completed a training intervention with a physiotherapist. The data was then analysed with a content analysis.

Results

Results show different barriers and motivational factors for staying physically active with several factors being linked to the biopsychosocial model. Within the study population there is a big difference in factors. Four main categories and nine subcategories were identified.

Conclusion

Older people have vastly different experiences when it comes to barriers and motivational factors regarding physical activity. The result can hopefully inspire physiotherapist to pay more attention to hindering and motivational factors regarding physical activity.

Keywords: Fallprevention, Motivation, Obstacles, Older people, Physical Activity

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	5
1.1 Äldre och fysisk aktivitet.....	5
1.2 Fallrisk.....	5
1.3. Beteendeförändring och fysisk aktivitet.....	6
1.4 Teoretiskt ramverk.....	7
1.4.1 <i>Klinisk förankring av modellen</i>	7
1.5 Hållbarhetsperspektiv.....	7
1.6 Problemformulering.....	8
2. Syfte.....	8
3. Metod.....	8
3.1 Studiedesign.....	8
3.2 Inklusionskriterier.....	8
3.3 Exklusionskriterier.....	8
3.4 Rekrytering.....	8
3.5 Förförståelse.....	9
3.6 Datainsamling.....	9
3.7 Dataanalys.....	10
4. Etiska överväganden.....	11
5. Resultat.....	11
5.1 Huvudkategori 1 Kroppsliga förnimmelser	12
5.1.1 <i>Kroppsliga förnimmelser</i>	12
5.2 Huvudkategori 2 Sociala faktorer.....	13
5.2.1 <i>Social interaktion som hindrar eller motiverar till fysisk aktivitet</i>	13
5.2.2 <i>Stödjande funktioner/relationer kring träningsituation</i>	13
5.3 Huvudkategori 3 Miljöfaktorer och materiella ting.....	14
5.3.1 <i>Yttre miljöfaktorer kring individen</i>	14
5.3.2 <i>Den fysiska hemsituationen som hindrar eller möjliggör aktivitet</i>	15
5.3.3 <i>Träningsprogram</i>	15
5.3.4 <i>Avbrott i träningsrutin</i>	16
5.4 Huvudkategori 4 Psykologiska aspekter.....	16
5.4.1 <i>Psykologiska faktorer som påverkar aktivitetsförmågan</i>	16
5.4.2 <i>Attityder som påverkar nivån av fysisk aktivitetsnivå</i>	17
6. Diskussion.....	18
6.1 Resultatdiskussion.....	18
6.2 Metoddiskussion.....	20
6.3 Klinisk tillämpbarhet.....	21
6.4 Konklusion.....	22
6.5 Framtida forskning.....	22
Referenslista.....	23
Bilagor.....	26
Bilaga 1 Intervjuguide.....	26
Bilaga 2 Brev till deltagare.....	28
Bilaga 3 Brev till enhet.....	30

1. Bakgrund

En av de stora utmaningarna i en fysioterapeuts vardag är att hjälpa patienter till långvariga hälsosamma beteendeförändringar och att få följsamhet till de råd och riktlinjer som är framtagna för olika sjukdomstillstånd (1).

1.1 Äldre och fysisk aktivitet

Den äldre befolkningen i Norden definieras som personer 65 år eller äldre (2). En indelning är att dela upp personer i yngre äldre, 65-74 år, äldre äldre, 75-84 år och de som är 85 år och uppåt räknas som de allra äldsta (2). Enligt beräkningar gjorda av Statistiska Centralbyrån (SCB) från 2018 förväntas personer över 80 år öka markant på 10 år, enligt en prognos kan det röra sig om en ökning med ca 50% (3). Äldre bedöms vara den grupp som konsumerar mest vård i samhället. Många fysiska funktioner skulle kunna bevaras med preventiva och hälsofrämjande åtgärder såsom fysisk träning. Även vårdkostnaderna för gruppen skulle kunna minskas (4).

Fysisk aktivitet definieras i kapitlet "Begrepp och definitioner" i skriften "Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling" (FYSS) från 2016 följande: Fysisk aktivitet är "All kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning" (5). Den fysiska aktiviteten kan ske i hemmet/vardagen, på arbetet, genom aktiva transporter och under fritiden (5). Fysisk aktivitet är viktigt för alla människor och kan för yngre såväl som för äldre ha god effekt både som en del i behandling av olika sjukdomar och kan även förebygga många åldersrelaterade sjukdomar t.ex. vissa cancersjukdomar och osteoporos (2).

Äldre personer som är eller har varit fysiskt aktiva har en rad fysiologiska fördelar jämfört med fysiskt inaktiva i samma åldersspann som t.ex. högre bentäthet, bättre kardiovaskulär status, högre andel muskelmassa, mindre andel kroppsfett och snabbare nervledningshastighet (6).

2020 tog Världshälsoorganisationen fram nya allmänna rekommendationer för fysisk aktivitet. Rekommendationerna är att en individ under en veckas tid bör ägna sig åt 150-300 minuter måttlig aktivitet alternativt 75-150 minuter på hög intensitet. Muskelstärkande övningar för stora muskelgrupper minst 8 olika övningar och 10 repetitioner och rekommenderas ske två gånger i veckan (7). Balansträning bör även ingå för personer över 65 år och i dessa nya rekommendationer finns även ett tillägg om att ytterligare hälsovinster finns i att minska tiden i stillasittande (2,7).

Lohne-Seiler et al undersökte fysisk aktivitetsnivå i en grupp med personer mellan 65-85 år. Aktivitetsnivån mättes med en accelerometer och enbart 5,6% nådde upp till rekommendationerna gällande fysisk aktivitet. De kunde även se att de mellan 80-85 år var betydligt mindre fysiskt aktiva än de som var 65-80 år (8).

1.2 Fallrisk och fallrädsla

Fall definieras som en oväntat händelse som leder till att en person faller till marken eller en lägre nivå (9). Risken för fall ökar om en person medicinerar med mer än tre läkemedel, det finns även en rad riskfaktorer som tillhör det naturliga åldrandet som nedsatt hörsel, nedsatt syn, mindre mängd muskelmassa, nedsatt kognitiv förmåga för att nämna några. Ett led i att förebygga fall kan vara fysisk aktivitet, dock är detta svårt att generalisera då äldre är en mycket heterogen grupp (9,10). Varje år vårdas närmre 70 000 människor inlagda på

sjukhus till följd av en fallolycka, och de flesta av dem är över 70 år. Fallolyckor är den vanligaste orsaken till skada bland äldre och är en av de tio vanligaste dödsorsakerna för de över 70 år (10). Ett fall kan också förstärka psykologiska faktorer och beteenden som rörelserädsla och isolering vilket i sin tur leder till fysisk inaktivitet (9).

I en översiktsartikel från 2008 där 28 artiklar granskats som berörde fallrädsla, fallrisk och äldre påvisades en prevalens av fallrädsla bland studiepopulation på 21-85%. Prevalensen var som störst bland de som fallit minst en gång, hade kvinnligt kön samt hög ålder. Författarna ville även kartlägga de huvudsakliga konsekvenserna fallrädsla leder till för individerna. De största konsekvenserna visade sig vara en minskning av fysisk aktivitet och en ökad risk att falla. Även en ökad risk för försämrad kognition samt hälsorelaterad livskvalitet kunde ses (11).

I en översiktsartikel gjord av Gillespie et al sammanställdes studier som undersökte olika interventioner för att minska fallrisk bland äldre (9). Träning som innehöll flera komponenter t.ex. både styrke- och konditionsträning som utfördes antingen i grupp på mottagning eller individuellt i hemmet minskade risken för fall samt antalet faktiska fall. I interventionsgrupper med enbart gångträning eller enbart styrketräning noterades ingen sådan skillnad. I sammanställningen skriver de att fysisk träning är en åtgärd med stark evidens när det gäller att minska risk för fall, antal fall men även frakturer bland äldre. I flertalet studier påvisas en lägre fallrisk hos individerna med 25-30% efter en intervention med träning jämfört med innan en träningsperiod (12).

1.3. Beteendeförändring och fysisk aktivitet

Även om många människor idag känner till de fördelar som finns med att vara fysiskt aktiva är det för många svårt att förändra sina levnadsvanor och bibehålla dem över tid (13). Arbete med beteendeförändring bör vara en prioriterad del av vården. Att lyfta fördelar med aktuell beteendeförändring, diskutera hur en förändring kan gå till, resonera kring aktuella hinder och svårigheter samt stötta människor i att vidmakthålla förändringen över tid är exempel på sätt att arbeta med beteendet. Fysioterapeuter träffar många patienter som är i behov av stöttning till en beteendeförändring gällande fysisk aktivitet (14).

Maula et al gjorde en kvalitativ intervjustudie för att undersöka äldre personers upplevelser av möjliggörare och hinder för fortsatt aktivitet 4-6 år efter ett avslutat deltagande i en studie som undersökte olika styrke- och balansträningsprogram (15). Deltagarna i studien hade antingen deltagit i programmet Falls Management excersie program (FaME) eller OTAGO under en 6 månaders period med vidare uppföljning under 24 månader. 30 deltagare intervjuades och fick även svara på ett formulär gällande deras nuvarande fysiska aktivitet och mående. De 4 huvudteman som sågs efter analys var: Fysiska, psykiska, sociala och miljömässiga möjliggörare och hinder. Som fysiskt hinder nämndes t.ex. sviktande hälsa. Psykiska faktorer som kunde hjälpa var olika tekniska hjälpmedel som stegräknare då som kunde hjälpa patienten att uppmärksamma deras aktivitetsnivå. Flera deltagare blev vänner och fortsatta träna tillsammans efter studiens avslut vilket lyftes som en viktig möjliggörare socialt för vidare träning. Transporter till och från lokaler samt deltagarnas närmiljö sågs som hinder och möjliggörare för fortsatt aktivitet (15).

I en svensk studie från 2018 av Sandlund et al (16) ville författarna undersöka äldre personers uppfattningar och preferenser gällande att starta med fysisk aktivitet och träning. Deltagarna var över 70 år, blandade kön, några med erfarenhet av fall och några inte. De hade inte

genomgått någon träningsintervention inför studien. Motiverande faktorer till fysisk aktivitet var bland annat hälsofrämjande syfte, behandling av skada, uppmuntrande av behandlare eller släktingar samt information. Hindrande faktorer var hälsoproblem, miljöfaktorer eller en känsla av sårbarhet. När det gäller utformningen av träning var det viktigt med individuell utformning, hur den sociala kontexten såg ut och samt ledaren/instruktörens sätt att vara. Musik, aktiviteter utomhus, utmanande aktivitet med mätbara resultat var också faktorer som nämns som viktigt när det gällde vidmakthållandet av träningen.

1.4 Teoretiskt ramverk- Biopsykosociala modellen

Att se människor som komplexa varelser där olika faktorer spelar in har blivit en viktig del av hur vården fungerar idag (17). Innan 1977 dominerades den medicinska världen av ett biomedicinskt synsätt vilket innebar att all sjukdom kunde härledas till mätbara biologiska värden (18). Den amerikanska psykiatrikern George Engel såg ett behov av att vidga perspektivet och ta in psykosociala aspekter. Han gjorde en jämförelse mellan diabetes och schizofreni där båda sjukdomarna kan variera i intensitet och svårighetsgrad. Forskning hade redan påvisat att även miljö och genetik påverkar utvecklingen och uppkomsten av båda sjukdomarna och därför menade Engel att det är viktigt att ta hänsyn till i vilket socialt sammanhang en människa befinner sig och vilka effekter sjukdomen får för individen. Gränserna mellan hälsa och sjukdom varierar med psykologiska, sociala och kulturella aspekter.

1.4.1 Klinisk förankring av den biopsykosociala modellen

För att förtydliga sin teori nämner Engel sorg som ett exempel. Sorg har genom tiderna inte klassificerats som en sjukdom då det inte finns någon medicinsk markör. Sorg orsakar för många individer symtom som leder till uppsökande av vård. Han ställde sig frågan "När är sorg en sjukdom?" i stället för om det är en sjukdom. Engel menar att liknande tankesätt kan appliceras på andra sjukdomar som t.ex. diabetes och schizofreni (18). Det biopsykosociala synsättet påverkar fysioterapeuter i hög grad då majoriteten av fysioterapeututbildningen präglas av denna modell. Som exempel betonas vikten av att även undersöka de psykosociala aspekterna i vårdkontakt med äldre och inte bara den specifika skadan eller sjukdomen som orsakar kontakten. Även andra yrkeskategorier som läkare och sjuksköterskor får undervisning i detta (17).

Den biopsykosociala modellen delas upp i tre perspektiv biologiska, psykologiska och sociala där alla perspektiv kan påverka en sjukdomsbild och en individs mående. Biologiska påverkansfaktorer på vår hälsa kan vara genetiska förutsättningar eller olika biologiska sjukdomsprocesser. Psykologiska aspekter som påverkar vår hälsa är våra tankar, beteenden och känslor. Sociala faktorer kan vara socialt stöd eller socioekonomiskt status. För att bedöma en persons hälsa eller ohälsa bör alla dessa perspektiv ses över (17,19).

1.5 Hållbarhets perspektiv

Förenta nationerna (FN) har utformat 17 mål som syftar till hållbar utveckling där mål nummer tre innefattar god hälsa och välbefinnande. Målet syftar till att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. Fysioterapi ligger i linje med detta och fysisk aktivitet är viktigt för människor i alla åldrar. Med tanke på att gruppen äldre beräknas öka och mängden vård de konsumerar är fysisk aktivitet viktigt även ur ett hållbarhetsperspektiv (20).

1.6 Problemformulering

Det har i tidigare studier genomförts träningsinterventioner där träning har påvisats ge en minskad fallrisk (9). Det finns även studier där äldre personers upplevelser av hindrande och motiverande faktorer till fysisk aktivitet undersöks i allmänhet (16). Även en del studier som undersöker upplevelser gällande förmågan att bibehålla sin fysiska aktivitetsnivå efter specifika fallpreventionsprogram har gjorts (15).

Studier som undersöker vad äldre med fallrisk upplever hindrar och motiverar dem till att fortsätta vara fysiskt aktiva efter en generell träningsintervention har vid litteratursökning inte hittats. Genom att i förlängningen kunna minska hindren och tydliggöra motiverande faktorer till fysisk aktivitet skulle möjligen patientgruppen öka sin aktivitetsnivå även på sikt och därmed nå upp till WHO:s rekommendationer om fysisk aktivitet i högre grad.

2. Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka vad äldre personer med fallrisk själv upplever hindrar eller motiverar dem till att vara fortsatt fysisk aktiv eller inte en tid efter avslutad träningsperiod. Undersökningen riktas mot personer över 75 år som har en ökad fallrisk och deltagit i en intervention med regelbunden träning ledd av fysioterapeut antingen på mottagning eller i hemmet.

3. Metod

3.1 Studiedesign

En deskriptiv intervjustudie genomfördes med kvalitativ metod vilket lämpar sig väl när människors upplevelser och erfarenheter ska undersökas. Metoden lämpar sig också väl när forskaren vill förstå och se vad som ligger bakom olika hälsobeteenden (21).

3.2 Inklusionskriterier

75 år eller äldre, ökad fallrisk subjektivt bedömd av fysioterapeut samt deltagit i en träningsintervention under minst två månader i syfte att öka fysisk aktivitetsnivå jämfört med innan träningsstart och som avslutats minst en månad tidigare utifrån datum för intervjun. Kunna kommunicera på svenska eller engelska.

3.3 Exklusionskriterier

Demensdiagnos, smärta som primär orsak till kontakt med fysioterapeut.

3.4 Rekrytering

Rekrytering skedde på en rehabiliteringsenhet i Stockholm i regional regi. Verksamhetschef tillfrågades och godkände att studien fick genomföras på enheten. Fysioterapeuter som arbetade med målgruppen informerades muntligt och skriftligt om studien och dess inklusions- och exklusionskriterier. Ett strategiskt urval gjordes i för att få en spridning bland deltagarna i ålder, kön och träningsintervention. De patienter som mötte kriterierna fick muntlig och skriftlig information och tillfrågades om godkännande att bli kontaktade av studieförfattarna för vidare information. Deltagarna som tillfrågades hade sökt till

fysioterapeut av olika anledningar dock med syfte att öka sin aktivitetsnivå. Tidigare fraktur, yrsel, längre sjukhusinläggning och generell avtackling kunde vara några exempel på sökorsaker. Efter muntligt samtycke lämnades telefonnummer till studieförfattarna som sedan kontaktade patienten för uppföljning av intresse att delta i studien. Tid och eventuell plats för intervjun bokades samt ett skriftligt samtycke inhämtades i samband med intervjutillfället.

3.5 Förförståelse

Författarna är båda utbildade fysioterapeuter med sju respektive fem års erfarenhet och har kunskap gällande hälsa, fysisk aktivitet och träning. Båda har gått kurser inom hälsopsykologi och folkhälsa som genomsyrats av det biopsykosociala synsättet. En av författarna har arbetat med åldersgruppen 65 år och äldre primärt, både på sjukhus då även som fysioterapeutisk representant i det fallpreventiva rådet. Sedan även i primärvård och då stöttat vid träning både i hem och på mottagning. Den andra författaren har sin kliniska erfarenhet inom primärvårdsrehabilitering med en stor variation av patienter. Den biopsykosociala modellen ses som ramverk för studien och inspirerat arbetet i bakgrund, syfte och analys.

3.6 Datainsamling

Studieförfattarna utförde fem respektive sex individuella intervjuer var. Fem intervjuer skedde vid ett fysiskt möte och resterande sex över telefon. Deltagarna fick själva välja hur de föredrog att intervjun utfördes med hänsyn till den aktuella Covid-19 pandemin. Intervjuerna varade i 11-40 minuter. Intervjuerna spelades in på en extern inspelningsapparat som inte var kopplad till något nätverk. Inledningsvis presenterade den intervjuande studieförfattaren syftet med studien samt vad intervjun skulle handla om. Deltagaren fick då ställa frågor om något var oklart. En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) användes som stöd för frågor för att säkerställa att relevanta ämnen diskuterades. Intervjuguiden bestod av bakgrundsfakta och sedan fyra frågor kring träningsperioden med fysioterapeut. Förslag på följdfrågor baserade på deltagarens svar samt tre avslutande frågor och möjlighet för deltagaren att fritt tillägga något om sin erfarenhet kring kontakt med fysioterapeut. Frågorna kompletterades vid behov med följdfrågor för att förtydliga. De två första intervjuerna utfördes som ett pilottest för att se över om eventuella revideringar i intervjuguiden behövdes. Inga revideringar gjordes och samtliga intervjuer inkluderades i resultatet. Författarna transkriberade sedan materialet ord för ord. Inspelning och utskrift kodades så att namn inte kunde identifieras. Det inspelade materialet förvarades separat från övriga dokument och raderades efter intervjuerna transkriberats. Studiens resultat presenteras på ett sätt som bibehåller deltagarna oidentifierbara.

3.7 Dataanalys

Som ett första led i dataanalysen transkriberades intervjuerna i närtid till intervjun för att lättare minnas om något var otydligt eller ohörbart på inspelningen och den författare som intervjuat transkriberade även samma intervju. Ljudinspelningarna mynnade ut i 93 sidor transkriberat material. Författarna bekantade sig väl med den insamlade datan både under och efter insamlingen genom att lyssna på inspelningen upprepade gånger samt läsa igenom det transkriberade materialet flera gånger. På detta sätt skaffades en god insikt i vad materialet handlade om.

Det insamlade datamaterialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats (22). Författarna utgick inte från bestämda ramar eller letade efter något specifikt utan analysen styrdes utifrån studiens syfte och deltagarnas berättelse och upplevelse var i fokus (23).

Graneheim och Lundman menar att all kvalitativ analysmetodik måste ta i beaktning att verkligheten tolkas och uppfattas på olika sätt. Även om en överenskommelse och förståelse finns mellan intervjuare och deltagaren till exempel finns det i en och samma text ofta flera betydelser och det måste ske någon form av tolkning när en bekantar sig med materialet. De betonar detta som en viktig aspekt när trovärdigheten i en studie diskuteras (24).

De meningsbärande enheter som behandlade hindrande och motiverande faktorer till fysisk aktivitet plockades ut ur materialet och utgjordes av citat från texten. Författarna bearbetade de meningsbärande enheterna flera gånger för att försäkra sig om att innehållet tolkats på rätt sätt. Enheterna kondenserades sedan och skrevs om för att få bort överflödigt text utan att enheten tappade sitt innehåll. Enheterna färgmarkerades för att tydligt påminna om vilken intervju de härstammade ifrån. I nästa steg benämndes de meningsbärande enheterna med korta förklaringar kring innehållet t.ex. Möjlighet att vistas utomhus. Dessa små förklaringar benämns koder. Kodningen gjordes tillsammans av båda studieförfattarna och diskuterades sinsemellan samt med handledaren. Efter kodningen grupperades koderna i nio stycken underkategorier och därefter i fyra huvudkategorier (24).

Tabell 1. Exempel på kodning och kategorisering.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Jag är väldigt omhändertagen, även min fru hjälper till mycket med min träning så att det blir säkert, tex går med en stol bakom när jag tränar på att gå.	Kände sig omhändertagen, frun behjälplig vid gångträning så det blir säkert.	Det är viktigt med stöttande anhöriga	Stödjande funktioner/relationer kring träningsituation	Sociala aspekter som spelar in på nivån av fysisk aktivitet
Promenader är bra då jag kommer ut i friska luften och man känner sig piggare, det är väl det viktigaste.	Promenader i friska luften är bra, man känner sig piggare och det är viktigt.	Möjlighet att vistas utomhus	Yttre miljöfaktorer kring individen	Miljöfaktorer avseende fysisk aktivitet

4. Etiska överväganden

Forskningsetik syftar till att värna om människors grundläggande rättigheter och skydda de människor som deltar i olika studier. En annan aspekt av forskningsetik är att värna om forskningens anseende vilket ökar allmänhetens förtroende (25).

Hänsyn till Dataskyddsförordningen (GDPR) togs då känsliga personuppgifter hanterades och all data hanterades enligt GDPR. Detta var ett av det större etiska problemen och övervägande inför denna studie då patientens integritet behöver bibehållas. Övervägande kring autonomi gjordes vid rekrytering och informerat samtycke har tillämpats. Hantering av inspelat och transkriberat material utifrån konfidentialitet är också en viktig del vid intervjustudier och där deltagarna ej ska kunna identifieras. Detta tillämpades genom att förvara det kodade materialet inlåst och skiljt från den andra datan på ett ställe där endast författarna hade tillträde. Deltagarna hade möjlighet att avbryta sitt deltagande utan orsak när som helst. Granskning av studien och de etiska frågor som uppkommit gjordes av Forskningsetiska nämnden (FEN) på Högskolan Dalarna innan studiens start utan anmärkning.

5. Resultat

Resultatet för denna studie visade en heterogen bild av hindrande och motiverande faktorer för att bibehålla sin nivå av fysisk aktivitet efter en träningsintervention. Gruppen bestod av personer i åldrarna 75-91 år varav sex stycken kvinnor och fem män. Fem personer hade deltagit i träning på fysioterapeutisk mottagning med träning i gym och resterande sex personer hade fått stöd med träning i hemmet. Fyra av elva studiedeltagare hade inte bibehållit sin aktivitetsnivå från träningsinterventionen.

Tabell 2. Deltagarinformation

Deltagare	Kön	Tränat hemma eller på mottagning	Aktuell träningsnivå
1	Kvinna	På mottagning	Fortsatt träna
2	Man	På mottagning	Inte fortsatt träna
3	Man	Hemma	Fortsatt träna
4	Kvinna	Hemma	Inte fortsatt träna
5	Man	Hemma	Fortsatt träna
6	Man	Hemma	Fortsatt träna
7	Kvinna	Hemma	Inte fortsatt träna
8	Man	På mottagning	Fortsatt träna
9	Kvinna	På mottagning	Fortsatt träna
10	Kvinna	På mottagning	Fortsatt träna

Många olika infallsvinklar rapporterades under intervjuerna som resulterade i fyra stycken huvudkategorier med nio underkategorier (Tabell 3). Kategorierna tar upp både hindrande och motiverande faktorer som påverkat deltagarnas fysiska aktivitetsnivå.

Tabell 3 Huvudkategorier och tillhörande underkategorier

Kroppsliga förnimmelser	Sociala faktorer	Miljöfaktorer och materiella ting	Psykologiska aspekter
Kroppsliga förnimmelser	Stödjande funktioner/relationer kring träningsituation	Yttre miljöfaktorer kring individen	Psykologiska faktorer som påverkar aktivitetsförmågan
	Social interaktion som hindrar eller motiverar till fysisk aktivitet.	Den fysiska hemsituationen som hindrar eller möjliggör aktivitet	Attityder som påverkar nivån av fysisk aktivitet
		Träningsprogram	
		Avbrott i träningsrutin	

5.1 Kroppsliga förnimmelser

I denna kategori framkom att olika kroppsliga förnimmelser påverkade deltagarnas nivå av fysisk aktivitet efter deras träningsperiod både för de som tränat mottagning och i hemmet. Kroppsliga förnimmelser kunde vara både hindrande och motiverande för fortsatt fysisk aktivitet.

Smärta kunde utgöra ett hinder då flera deltagare uppgav att de avstod träning då deras smärta var för stark. Träningsens frekvens uppgavs även kunna minskas då smärtan försvann och målet att bli smärtfri var uppnått.

“jag har inte hållit igång så mycket nu för att jag har ont i ryggen” (Deltagare 4)

Flera deltagare lyfte objektiv testning hos fysioterapeut som en motivator då de fick konkreta bevis att träningen förbättrat deras förmågor. Även en egen upplevelse av en ökad fysisk kapacitet och synliga kroppsliga förändringar t.ex. ökad muskelmassa uppgavs som motiverande till vidmakthållande av den nya fysiska aktivitetsnivån.

“Jag fick göra tester och se hur jag utvecklas, det var riktigt kul, då fick man en extra morot” (Deltagare 10)

Bevarade kognitiva funktioner nämndes som en viktig del för att få träningen att bli av t.ex. genom att komma ihåg övningarna och förstå vikten av den träningen som ska utföras. En upplevelse av sviktande kognition uppgavs vara hindrande då det blev rörigt med flera intryck. Denna upplevelse lyftes utav några av de deltagare som tränat i hemmet.

”Jag har svårt att få till träningen för huvudet känns inte helt med” (Deltagare 7)

Flera deltagare rapporterade sjukdom som hinder för deras fortsatta träning. Hjärt-och lungsjukdomar sänkte energinivån samt kunde ge en rörelserädsla. Sjukdomar kunde även vara en motivationsfaktor, en deltagare nämnde att ifall hen tränar så håller sig patientens sjukdomssymtom på en hanterbar nivå vilket gjorde att deltagaren bibehåll sin fysiska nivå.

“Jag känner mig tvungen att fortsätta träna, man kan inte gå i 2 månader på rehab och sen bara sluta, jag måste ju göra något hemma också. Min yrsel är inte helt bra så jag vill fortsätta så det blir bättre” (Deltagare 10)

5.2 Sociala faktorer

För många är träning en del av det sociala livet, speciellt efter pandemin när många isolerat sig själva. Det framkom framför allt hos de deltagare som lever ensamma.

5.2.1 Underkategori: Social interaktion som hindrar eller motiverar till fysisk aktivitet

Träning i grupp på mottagning nämndes av en del deltagare som motiverande och flera valde sedan att fortsätta med den träningsformen i andra forum. Även promenadgrupper och en träningspartner uppgavs som motiverande. Vissa deltagare hade som målsättning att upprätthålla det sociala livet och såg då träningen som en stor del i att bibehålla de faktiska fysiska funktioner så som att kunna sätta sig i en bil samt kunna gå med rollator. Detta nämnes framför allt av de deltagare som tränat i hemmet.

*“ ibland går jag ut själv, och ibland bestämmer vi träff, ehm vi är tre tanter här i närheten här som bor här i *, som är ute och promenerar“ (Deltagare 1)*

En rädsla för vad andra skulle tycka och en upplevelse av skam vid nedsatt balans och vid ett vingligt gångmönster kunde hindra deltagare från att lämna hemmet för promenad eller deltagande i gruppträningsaktiviteter.

“oh ja och gå ut och liksom börja vingla det.. jag har även pratat med några andra som också har det där problemet och jaaa dom tror säkert att man är onykter och det kommer upp såna där saker också va och det är inte så himla kul, det kan vara lite skämmigt” (Deltagare 10)

5.2.2 Underkategori: Stödjande funktioner/relationer kring träningsituation

Alla deltagare uttryckte det som viktigt med någon form av stöd i relation till deras träning och fysisk aktivitet. Vilken typ och hur mycket stöd som behövdes varierade mycket bland deltagarna. Denna underkategori var en stor del av flera intervjuer.

Många av de som lyckats bibehålla sin ökade fysiska aktivitetsnivå efter intervention nämner en stöttande social miljö som viktigt. Detta kunde innefatta påhejningar från partner/familj, gemensamma aktiviteter, familjemedlemmar med kunskap på området som tex fysioterapeut eller läkare och avlastning gällande andra moment i vardagen så som städ och tvätt som då gav deltagaren möjlighet att fokusera på träningen. Ett dödsfall av nära anhörig/partner uppgavs som en orsak till bristande motivation och stöd vilket på sikt minskade den fysiska aktiviteten.

“ jag är väldigt omhändertagen, även min fru hjälper till mycket med min träning så att det blir säkert, tex går med en stol bakom när jag tränar på att gå” (Deltagare 3)

Många deltagare nämnde fysioterapeutens stöd under träningsperioden som motiverande genom att hen var positiv och uppmuntrande. Även deras kunskap och expertis på området främjade motivationen. En del kunde sedan sakna stödet efter träningsperioden och hade då svårt att hålla i träningen på egen hand efter interventionen och önskade då en längre träningsperiod. De deltagarna som följdes upp efteråt och hade fortsatt sporadiska vårdkontakter nämnde detta som en motiverande insats som hjälpte dem att bibehålla sin träningsnivå. Extra motiverande om det var samma fysioterapeut som följde upp då en relation etablerats.

Kontinuitet var viktigt för många av deltagarna, dock fanns det en variation i upplevelsorna vad det innebar. En del deltagare menade att graden av aktivitet minskade direkt vid avslutande av kontakt med fysioterapeut. Andra tyckte att efter en period med regelbunden träning och genom uppföljande telefonsamtal eller mer sporadiska besök som uppföljning kan stimulera motivationen att fortsätta träna även när aktuell träningsperiod är avslutad.

“Jag hade velat ha träning dagligen som en stötspelare” (Deltagare 7)

Deltagare som hade hemtjänst nämnde det som en del i deras möjligheter till träning och fysisk aktivitet. Det nämndes att förtroende för utföraren av hjälpen var viktigt samt möjlighet att få insatser beviljat som kunde möjliggöra träning såsom promenadstöd, hjälp att utföra träningsprogram och aktiva förflyttningar i hemmet. Några av deltagarna som tränade i hemmet upplevde att de begränsades av hemtjänsten i deras rörlighet på grund av en fallrisk.

“Vi ansökte om att vi skulle få hjälp med promenader utav hemhjälpen 3 gånger i veckan. Men det visade sig att det hade vi inte. Det skulle kännas bra om det var någon som följde med och gick då vi inte får med oss rollatorerna ner för trappan annars, jag brukade hjälp min fru tidigare men nu behöver jag också hjälp” (Deltagare 5)

5.3 Miljöfaktorer och materiella ting

Den närliggande miljön kring bostaden upplevdes påverka aktivitetsnivån. Bostadsmiljön, hjälpmedel och andra material omnämndes även.

5.3.1 Yttre miljöfaktorer kring individen

Deltagarna beskrev det som viktigt med den kringliggande miljön vid bostaden. Miljön kunde både motivera och bjuda in till fysisk aktivitet men även utgöra ett hinder. Trappor och backar försvårade medan promenadslingor med bänkar att vila på kunde underlätta. En träningsanläggning i närområdet utgjorde också en motiverande faktor att fortsätta med samma träning som under träningsperioden. I de fall som deltagarna önskade att träna på träningsanläggning och det saknades en sådan i närområdet lyftes svårigheter till transport som hindrande, kostnad för färdtjänst och oro för att resa med kollektivtrafiken togs upp som specifika hinder.

“Det finns en väldigt fin promenaddel nere vid vattnet och där går jag som sagt och då är jag ju ute ett par timmar och ja kanske inte gör det varje dag nu när det är dåligt väder men jag försöker i alla fall att gå ut varje dag” (Deltagare 1)

Flera deltagare nämnde att det var viktigt att försöka komma ut varje dag. Då intervjuerna genomfördes under vintern hade det varit en period av försvårande väder. Mörkt, halt och kallt var faktorer relaterat till vädret som kunde leda till att det inte blev någon promenad den

dagen. Många deltagare betonade dock vikten av frisk luft och dess goda inverkan på måendet som motiverande att ta sig iväg och promenera.

“Promenader är bra då jag kommer ut i friska luften och man känner sig piggare, det är väl det viktigaste” (Deltagare 6)

5.3.2 Underkategori: Den fysiska hemsituationen som hindrar eller möjliggör aktivitet

Faktorer relaterade till bostaden framkom som hindrande men även möjliggörande och motiverande till aktivitet. En del av deltagarna, framför allt de som tränade i hemmet, nämnde svårigheter med trappor, både relaterat till trappans utformning, ledstång och svårighet att få med sig eventuella gånghjälpmedel ner för trappan som kan behövas vid en promenad. Andra upplevelser som kom fram var att anpassningar som tröskelutjämnare, utplacerade ledstänger och handtag underlättar och möjliggör aktivitet antingen i hemmet eller att komma ut för aktivitet. Att bo i en större bostad nämndes också i samband med aktivitet då det ansågs som ett träningspass att städa sin bostad då.

“Jag tycker det kan vara svårt att komma ut på promenader då jag har svårt att få med rollatorn ut pga trappor” (Deltagare 2)

För deltagarna som tränade i hemmet nämndes att chansen att träningen blev utförd ökade om gummibandet eller andra träningsmaterial låg framme och en fördel var om de kunde kombineras med annan sysselsättning som att titta på tv. En del deltagare använde diskbänken vid träning och kunde då utföra övningar i samband med matlagning eller när de ändå var i köksmiljön.

“Exempelvis de där gummibandet, De har jag liggande här och där så då sitter jag så även om jag tittar på tv. Så det är lätt att göra liksom. Ja, de är viktigt, så det är egentligen ingen ansträngande träning. Men det är ju regelbundenheten. Och den känns skön” (Deltagare 3)

Många deltagare betonade vikten av sina utprovade hjälpmedel som motiverande och möjliggörare för träning. Det gällde framför allt en känsla av ökad trygghet och säkerhet som då gjorde att de tränade mer eller att de blev självständiga med aktuellt hjälpmedel och på så vis kunde träna mer.

“Sen har vi gästol också, den tyckte jag ju illa om i början, men den är faktiskt ganska bra lite stadigare så man kan träna” (Deltagare 3)

“Jag har en käpp som jag litar på, den är väldigt bra, jag har ju dålig balans, men med hjälp av käppen går det bra. Käppen hjälper till så jag känner mig säkrare” (Deltagare 6)

5.3.3 Underkategori: Träningsprogram

En del deltagare berättade att ett utprovat träningsprogram som de fått av sin fysioterapeut hjälpte att bibehålla träningsrutinen även efter avslutad kontakt. Träningsprogrammet hjälpte till att påminna om övningarna samt genom att ligga framme påminna om träningen generellt. En del deltagare tyckte också att det var bra att veta vilka övningar som passade dem utifrån deras besvär. Upplevelser att det alltid finns mer att lära sig kring träning framkom också.

” Det som känns bra är att jag liksom går igenom det här rörelserna, jag har ju ett schema och går igenom dem systematiskt. Så att jag inte bara gör vad som helst utan jag går igenom dem som jag har lärt mig ” (Deltagare 1)

”Jag hade önskat en längre period, man blir aldrig färdigutbildad” (Deltagare 2)

5.3.4 Underkategori: Avbrott i träningsrutin

Ett avbrott i träningen bortom deltagarnas kontroll kunde hindra den fysiska aktivitetsnivån negativt både under interventionen och efteråt.

Att bli inlagd på sjukhus kunde störa deltagares träningsrutin då möjlighet till träning inte fanns på enheten det vårdades på alternativt att orken till träningen inte fanns. Bristen på fysioterapeut eller stöd i träning på geriatrikavdelningen togs även upp som ett hinder hos de deltagare som ville träna under vårdtiden.

“ Jag hamnade på sjukhus, då blir det ju paus i träningen för där får man inte göra någonting och då blir det svårare att komma igång igen när jag kommer hem ” (Deltagare 2)

Covid-19 pandemin som startade 2020 nämndes i flera intervjuer. Deltagare som tränat på mottagning under starten av pandemin fick snabbt höra att deras träning ställts in då deltagarna varit i riskgrupp för allvarlig sjukdom och information att det skulle hålla sig isolerade. Flera deltagare slutade ta promenader och lämnade inte hemmet i längre perioder.

“Under min förra träningsperiod så kom pandemin och då fick jag inte fortsätta träna “ (Deltagare 2)

5.4 Psykologiska aspekter

Deltagarna berättade om sina upplevelser om hur psykologiska aspekter som tilltron till den egna förmågan, självkänslan och rädsla kan både stärka motivationen men kan även sätta käppar i hjulen för fysisk aktivitet och träning.

5.4.1 Underkategori: Psykologiska faktorer som påverkar aktivitetsförmågan

Upplevelser gällande tilltron till den egna förmågan och dess effekt på några av deltagarnas motivation, känsla kring träningsmoment och även på vilka sätt en låg tilltro till den egna förmågan kan ställa till det. För många av de som tränade i hemmet var det viktigt att känna att de klarade av olika moment i vardagen och kunde genomföra alla övningar. Detta stärkte motivationen att fortsätta träna. Om övningar eller träningsmoment var för svåra och ledde till misslyckande kunde det dock orsaka en ledsamhet och uppgivenhet kring träningen och aktiviteten och att motivationen sänktes.

“Att det ger effekt det visar sig att jag kommer framåt med att träna och det har gjort det är ju en underbar motivation” (Deltagare 3)

“Jag vill så gärna, men jag kommer ihåg första gången fysioterapeuten var här. Då ville jag lära mig att gå uppför trappan, Men det var ju omöjligt. Och då blir jag så Ledsen, så då faller jag ner i avgrunden. Då blir det inte så kul” (Deltagare 7)

Att klara olika moment ledde för några deltagare att självkänslan stärktes. Att trots en del försvårande faktorer som samsjuklighet kände man sig ganska bra vilket ökade motivationen till att hålla i träningsrutinen på sikt.

”Det positiva med träningen det är väl att man allmänt mår ganska bra. Det motiverar mig att träna så att egentligen nu när jag sitter här så märker jag inte att jag är så pass dålig som jag är. Och det betyder en hel del. Att man känner sig frisk i kroppen (Deltagare 3)

För en del deltagare framkom att rädsla att falla hämmar deras aktiviteter och leder till mer stillasittande och att de kan leda till undvikande av aktiviteter utanför bostaden. En rädsla för att falla upplevdes både hos deltagarna själva och även deras anhöriga var oroliga att de skulle falla.

“Jag har fallit några gånger vilket har gjort att jag och min fru har blivit rädd och därför har jag suttit i rullstol mycket istället för att gå med rollator för min fru kan inte fånga mig om jag faller” (Deltagare 3)

Då studien genomfördes under tiden för covid -19 pandemin framkom även aspekter relaterat kring denna. Rädsla för att smittas hindrade aktivitet och träning för en del av deltagarna.

“Vi har hållit oss inne mycket pga pandemin och i början hade man inte fått vaccin så då vågade man inte gå ut så mycket” (Deltagare 4)

Personlighetsdrag verkar också kunna påverka träningsmängden efter en avslutad träningsperiod. En del deltagare var väldigt noga och disciplinerade kring sin träning och utförde den dagligen. Andra deltagare menar att tröskeln till att utföra fysisk aktivitet upplevdes som högre vissa dagar och en inre slöhet rapporterades. Allmän trötthet och orkeslöshet kunde leda till minskad motivation till träning och fysisk aktivitet.

“Latmasken i en är svårt att övervinna ibland” (Deltagare 5)

5.4.2 Underkategori: Attityder som påverkar nivån av fysisk aktivitet

Den egna inställningen till fysisk aktivitet kunde påverka förmågan att bibehålla den nya fysiska aktivitetsnivån. En inre förmåga att motivera sig själv alternativt sätta hinder för sig själv kunde ses.

Att kunna utföra något som inte gått tidigare eller att bibehålla en förmåga eller sitt mående uppkom i flera intervjuer. Detta hängde ofta ihop med att kunna göra något annat och klara av ytterligare aktiviteter i sitt vardagliga liv.

“Jag vill ju komma igång. Jag vill Ju klara utav. “(Deltagare 7)

Individens tankar och idéer till träningen sågs som påverkande för deltagarens träningsnivå. Det kunde handla om tidigare erfarenheter, ens egna tankar om vad träningen kommer att ge för effekt samt en inre motivationskraft till att få träningen att bli av.

“jag tror att jag kommer orka mer om jag tränar (Deltagare 7)

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet tyder på att många olika infallsvinklar och synsätt behöver tas i beaktning av personer i professioner som stödjer patienter i beteendeförändringar såsom bibehållen fysisk aktivitet efter en träningsintervention. Många olika hinder och motivatorer kunde ses vid analysen av materialet. Fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier framkom efter analysen av det insamlade materialet. Huvudkategorierna som noterades var kroppsliga förnimmelser då sjukdomar och smärta omnämndes. Sociala faktorer där stödjande funktioner/relationer kring träningssituationer dels av anhöriga, dels av fysioterapeut uppgavs. Miljöfaktorer och materiella ting kring individen där b.la möjligheten till utevistelse samt träningsprogram nämndes. Psykologiska aspekter som påverkar aktivitetsförmågan presenterades.

Resultatet som framkom speglade till stor del det biopsykosociala synsätt som författarna sedan tidigare hade som förförståelse inför starten av studien. Många av deltagarna lyfte faktorer från alla delar inom den biopsykosociala modellen (17,19).

Faktorer som kan härledas till den biologiska aspekten i biopsykosociala modellen som framkom i denna studie var att flera deltagare upplevde en energilöshet generellt och även som symtom till andra sjukdomar som t.ex. hjärtsvikt. I en enkätstudie gjord år 2000-2003 framkom att den största faktorn till att patienter inte längre var fysisk aktiva var att deras fysiska hälsa hade försämrats. I studien nämns specifikt svaghet, andfåddhet och depression som faktorer till varför individen inte hade fortsatt med sin fysiska aktivitet (26). Att ha flera olika alternativ på aktiviteter att utföra har visats underlätta för individen att bibehålla sin aktivitetsförmåga trots fysiska besvär (15).

Rehabilitering i hemmet var mycket uppskattat av deltagarna i denna studie. Att kunna få denna möjlighet vid eventuella sjukdomar kan hjälpa deltagarna att få upp sin träningsnivå, något de kanske inte klarat tidigare. Rehabilitering i hemmet ges till de patienter som inte klarar av att ta sig till en mottagning t.ex. vid svårigheter att gå i trappor alternativt backar i närområdet. Vid analys av resultatet ser studieförfattarna vissa mönster gällande de deltagarna som tränade hemma. De uppgav t.ex. svårighet med sviktande kognition och större svårighet att lämna sitt boende. Även ett större behov av fysiskt stöd i träningssituationen av hemtjänst eller anhörig t.ex. vid promenad framkom vilket skulle kunna tyda på att de är i ett sämre fysiskt skick jämfört med de deltagare som tränade på mottagning.

Att se en synlig ökning av muskelmassa och även uppleva att den fysiska styrkan hade ökat var en motivationsfaktor som lyftes under intervjuerna. Att den ökade styrkan ledde till att kunna gå bättre med eller utan hjälpmedel upplevdes som positivt och motiverande. Att klara av att gå i trappor och att kunna gå ut på en promenad självständigt ökade också motivationen. I en studie gjord av Arkkukangas et al (27) där man undersökte upplevelser efter ett hemträningsprogram med ett tillägg av motiverande samtal under träningsperioden nämndes liknande resultat som denna studie presenterar. Deltagarna i

Arkkukangas studie upplevde också det motiverande att se fysiska och funktionella förbättringar. Det uppgavs på liknande vis att en förbättring i gångförmåga och balans och att annat av individen mer önskvärt hjälpmedel då kunnat användas.

Flera psykologiska faktorer påverkade deltagarna och deras tankar kring träning och fysisk aktivitet. Tilltron till den egna förmågan diskuterades och har tidigare kommit fram som viktig faktor för bibehållen aktivitet (26). Att individen litade på sin egen förmåga dels att träna, dels tog sig för aktiviteten ses som viktigt i bibehållande av aktivitet (26). Flera deltagare som fått träningsprogram under träningsinterventionen i denna studie upplevde vissa övningar som för svåra. Detta ledde till att övningarna och programmet inte utfördes enligt dosering och därmed minskades aktivitetsnivån. En längre period med uppföljning från fysioterapeuten efterfrågades av några studiedeltagare för att underlätta bibehållandet av träningsnivån samt tilltron till den egna förmågan att utföra träningen.

Av deltagarna som intervjuades i denna studie så hade ett antal slutat träna eller tränat mindre enligt det träningsprogram som gjorts av fysioterapeut men bibehållit andra typer av aktiviteter. En sak som framkom var att flera deltagare bytt ut träningen på mottagningen mot promenader. Promenader kunde ses både som ett sätt att träna och som ett sätt att komma ut bryta isolering och få frisk luft vilket flera upplevde som positivt för deras hälsa. Detta framkom även i Finnegan et al studie "Life after falls prevention exercise – experiences of older people taking part in a clinical trial: a phenomenological study"(28) där flera deltagare bytt ut sitt fallpreventions program mot egenvalda aktiviteter som dom tyckte var viktigare. En risk med detta skulle kunna vara att individen ej når upp till rekommendationen gällande muskelstärkande aktivitet om endast promenad väljs som aktivitet.

Sociala faktorer och stöd bedömdes vara en viktig faktor till vidare träning för många av deltagarna som intervjuades. Att få socialt stöd av anhörig eller fysioterapeut kan leda till en större känsla av tillhörighet och kan hjälpa individer att vilja utvecklas och ändra beteenden (19). Att få påminnelse av anhöriga, handhjälpigt stöd eller att kunna träna tillsammans var en faktor som lyftes under flera intervjuer. Att ha förlorat en nära anhörig togs upp som ett hinder då sorgen kunde göra att energin och lusten för träning försvann. Personer som har en partner har också tidigare setts ha mer positiva upplevelser av träning och bibehållande efter en intervention (29). Stöd från en vårdgivare som läkare eller fysioterapeut vid träningsstarten sågs som en faktor som påverkade vidmakthållande i denna studie. Fysioterapeuten kunde vara ett stöd under själva träningen men det uppskattades och upplevdes som motiverande att få stöd efteråt genom att få en uppföljning eller sporadiska besök. Att ha blivit uppmuntrad av en vårdgivare som man litade på uppgavs som motiverande när det kom till att starta träningen. I en studie gjord av Burtron et al rapporterades att 40 % hade uppgivit att deras läkare hade varit en stor del till att de ens hade startat träna (29). Även att få uppmuntrande ord och stöd av fysioterapeuten under träningsperioden har tidigare rapporterats som motiverande och så även i denna studie (15).

Den omgivande miljön och vädrets påverkan på deltagarnas fysiska aktivitetsnivå rapporterades i stor utsträckning under intervjuerna. Vädrets påverkan blev stor då flera deltagares huvudsakliga träning varit promenader och flera upplevde det som hindrande att ge sig ut samtidigt som det även var en motivator då vädret kunde få deltagarna att vilja träna och ge sig ut. Att ha nära till träningscenter, park eller lättillgängligt promenadstråk är något som kan påverka ens vidare motivation till träning och sänka tröskeln till att starta med fysisk aktivitet (31). En stadsplanering som främjar aktivitet och ökad tillgänglighet till träningsmöjligheter kan ses som motiverande för att motivera fler äldre till vidare träning.

6.2 Metoddiskussion

I denna studie undersöktes vad äldre upplever som hindrande och motiverande faktorer till att vara fortsatt fysisk aktiv eller inte en tid efter avslutad träningsperiod. Detta undersöktes genom en kvalitativ intervjustudie som anses vara en bra metod för att undersöka individers upplevelse av ett specifikt ämne (24,31).

Begrepp som är aktuella att diskutera i relation till denna typ av kvalitativ studie är: trovärdighet, pålitlighet samt överförbarhet (24). Trovärdighetsbegreppet behandlar aspekter av hur väl datainsamlingen samt analysen påvisar studiens syfte. Trovärdighetsbegreppet togs i beaktning vid studiens metodval då en kvalitativ intervjustudie valdes för att utforska deltagarnas upplevelse kring ämnet. Metodvalet ringar väl in studiens syfte och anses som en av studiens styrkor. Det strategiska urval som gjordes för att få en så heterogen grupp som möjligt ses som en styrka (31). Ett strategiskt urval ger en bredare bild av ämnet och kan ge en större spridning av upplevelser och tankar bland deltagarna och det ges möjlighet att utforska frågeställningarna ur många olika perspektiv. En annan viktig del för att uppnå hög trovärdighet är att relevanta meningsbärande enheter identifieras i analysprocessen. Genomgående i analysprocessen diskuterade författarna sinsemellan vad de meningsbärande enheterna egentligen handlade om för att försäkra sig om relevans utifrån studiens syfte. Flera olika grupperingar gjordes för att hitta de mest relevanta huvud- och underkategorierna. Kategorier ska vara internt homogena men externt heterogena, att de meningsbärande enheterna och underkategorierna ska inom samma huvudkategori beröra samma sak och inte matchas in i någon annan huvudkategori vilket författarna försökte uppnå (32).

Trovärdigheten i en studie kan stärkas ytterligare genom att studiedeltagarna får ta del av materialet och sedan bekräfta att det uppfattats korrekt vilket inte hanns med i tidsramen för denna studie. Studieförfattarna var dock noga med att ställa följdfrågor, upprepa och sammanfatta samtalet vid intervjutillfället för att minska risken för missuppfattningar.

Studiens pålitlighet bedöms som hög då syfte, resultat och metoden är noga beskriven och skulle kunna upprepas. Tillvägagångssättet förtydligas med hjälp av tabeller vilket stärker pålitligheten ytterligare (24).

Rekryteringen av deltagare skedde på en klinik där en av studieförfattarna arbetar vilket kan anses som en svaghet för studien. Det kan ha påverkat deltagarnas inställning till deltagande i studien samt deras svar. Negativa upplevelser kanske inte framfördes i samma grad alternativt att enbart de deltagarna som var nöjda med sin behandling valde att delta i studien. De deltagarna som hade behandlats av studieförfattaren intervjuades av den andra författaren

Det kan anses som en svaghet och en risk när två olika intervjuare genomför metoden då intervjuteknik kan skilja sig åt, vilket kan leda till olika följdfrågor och klimat vid intervjutillfället (23). Å andra sidan syftar kvalitativ metod till att få en fördjupad förståelse av ämnet som möjligt varför det skulle kunna vara en styrka med studiens metod att intervjuerna blir olika. Studieförfattarna fick också erfarenhet av intervjuteknik under tiden vilket kan ha påverkat datainsamlingen initialt då båda var relativt ovana intervjuare. Då intervjuerna blev mer bekväma i rollen så ökade mängden följdfrågor vilket kan ha gett mer fylliga intervjuer.

Överförbarhetsbegreppet beskriver hur väl studien kan överföras på en annan grupp eller överföras i en annan miljö. Överförbarheten bedöms enligt Granheim och Lundman av läsaren själv (24). Ett av studiens inklusionskriterier var att det skulle finnas en fallrisk hos individen. Fallrisken blev subjektivt skattad av individens behandlade fysioterapeut vilket skapade en stor variation i bedömningen av detta begrepp. Detta kunde leda till att deltagarnas rörelseförmåga och förutsättningar för aktivitet varierade mycket inom gruppen vilket gör studiepopulationen relativt heterogen. Detta får anses som en svaghet för studien och leder till svårigheter gällande överförbarhet till andra grupper. Som nämndes tidigare så önskas en bredd på deltagarna i kvalitativa studier för att fånga många olika perspektiv vilket denna studie gör. I ett projekt med en längre tidsram hade det dock varit att föredra en objektiv mätmetod för att konstatera fallrisk för att få begreppet mer definierat och om möjligen en mer heterogen grupp som troligen är lättare att dra slutsatser kring. Äldre är en mycket heterogen grupp så en styrka med studien är att resultatet belyser hinder och motiverande faktorer för äldre med olika förutsättningar och fysiskt status vilket speglar väl den vardagen fysioterapeuter arbetar i.

Intervjuerna för studien skedde en månad efter avslutad träningsintervention på grund av studiens tidsram. Hade en längre tidsram varit aktuell hade möjligen en annan bild visat sig då fler deltagare kunde ha stött på flera hinder alternativt kunnat se flera motiverande faktorer. Med en längre tidsram hade det även varit möjligt att inkludera flera deltagare och på så sätt fått ett större material att analysera med eventuellt andra infallsvinklar på ämnet. Tidsramen för projektet får därför ses som en svaghet.

Träningsinterventionen för deltagarna i gruppen var individanpassad gällande val av övningar och dosering. Därför är studien svår att reproducera på ett konkret sätt. Syftet för denna studie var dock att ta reda på den unika upplevelsen av hinder och motivatorer efter en sådan intervention hos individen för att se hur interventionen möjligen kan öka förutsättningar för bibehållande av fysisk aktivitet bland äldre. Vardagsarbetet för en fysioterapeut i Region Stockholm är enligt författarnas egna upplevelser mycket individanpassad och träningsinterventionerna deltagarna fick är sedvanligt fysioterapeutiskt arbete.

6.3 Klinisk tillämpbarhet

Resultatet för denna studie visar att äldre personer med fallrisk upplever många olika hindrande och motiverande faktorer till att vara fysisk aktiv. Ett hinder som lyftes var för svåra övningar i hemträningsprogrammet och de kunde sänka deltagarens motivation till att fortsätta träna. Att som fysioterapeut prova ut övningar och följa upp svårighetsgraden på övningarna skulle kunna minska upplevelsen av detta som hindrande. En längre kontakt önskades och skulle kunna säkerhetsställa att övningarna är ändamålsenliga och utförs på rätt sätt under en längre tid.

Hemrehabilitering var för vissa deltagare en okänd möjlighet, att aktivt arbeta med detta arbetssätt och erbjuda hemrehabilitering till de patienter som behöver det skulle kunna öka graden av fysisk aktivitet i en grupp som skulle kunna bedömas vara i sämre fysiskt skick. De deltagare som hade fått hemrehabilitering upplevde detta som mycket positivt för deras motivation.

Då flera personer kunde uppleva det som motiverande att ha en grupp att gå till alternativt att träffa andra personer kring träningsituationen skulle flera möjligheter till detta kunna skapas. Ingen av deltagarna hade erbjudits ett recept på fysisk aktivitet (FaR) som är en beprövad metod till vidare fysisk aktivitet. Samarbeten med externa friskvårdscenter skulle kunna underlätta och öka användningen av FaR och de friskvårdslotsar som finns kopplade detta till friskvårdsprogram. Detta har kunnat ses öka fysisk aktivitetsnivå och minska stillasittande vilka flera deltagare i studien hade som vidare mål (33).

Bostadsanpassningar av t.ex. av ledstång till trappor är inte alltid möjligt eller upplevs enligt författarnas erfarenheter som en krånglig process som kan vara svår att genomföra för många äldre. En lättare process eller en tydligare möjlighet för stöd i processen skulle kunna hjälpa flera äldre till att kunna lämna sina boenden och då lättare kunna utföra valda aktiviteter.

Faktorer som hjälper till med bibehållande av träning, men även identifiera tänkbara hinder bör göras i ett tidigt skede av kontakten mellan patient och fysioterapeut. Genom att utgå ifrån en analys av patientens egna uppfattningar ökar troligen chansen att det önskade målet uppnås och bibehålls över tid.

6.4 Konklusion

Resultatet på denna studie visade på många olika hinder och motivationsfaktorer för vidare fysisk aktivitet efter avslutad kontakt med fysioterapeut. De flesta faktorer kunde härledas till den biopsykosociala modellen t.ex. kunde smärta och bristen på socialt stöd utgöra hinder till fortsatt fysisk aktivitet medan tilltro till den egna förmågan var motiverande. Att ta den biopsykosociala modellen i beaktning i mötet med dessa patienter kan då troligen vara fördelaktigt. Resultatet bör tolkas med försiktighet med tanke på omfattningen, dock antas studien kunna ha viss klinisk relevans för fysioterapeuter på området.

6.5 Framtida forskning

Det finns många relevanta forskningsområden relaterat till denna studie. En väldigt aktuell frågeställning är hur covid-19 pandemin påverkat äldres motivation till fysisk aktivitet då många blev isolerade i sina hem samt hur en fysioterapeut kan anpassa sina råd och behandlingsval för att motivera äldre att fortsätta vara fysiska aktiva även om det innebär att den äldre vistas mer isolerat.

Referenslista (Vancouver)

1. Denison E, Åsenlöf P. Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik. uppl 1. Lund: Studentlitteratur; 2012.
2. Helbostad JL, Frändin K. Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre I Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2021. 4e rev upplaga. Stockholm: Läkartidningen; 2021
3. Statistiska Centralbyrån. Störst folkökning att vänta bland de äldsta [Internet]. Statistiska Centralbyrån. [citerad 30 september 2021]. Tillgänglig vid: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/3>.
4. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020. Stockholm Socialstyrelsen 2020:126.
5. Mattsson C, Jansson E, Hagströmer M. Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner.sid 1-2. I Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2017. 3e rev upplaga. Stockholm: Läkartidningen; 2016
6. Chodzko-Zajko W, Proctor D, Fiatarone Singh M, Minson C, Nigg C, Salem G, et.al Exercise and Physical Activity for Older Adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510–30.
7. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020
8. Lohne-Seiler H, Hansen B, Kolle E, Anderssen S. Accelerometer-determined physical activity and self-reported health in a population of older adults (65–85 years): a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14(1):284.
9. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Sherrington C, Gates S, Clemson L, m.fl. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2012(9)
10. Folkhälsomyndigheten. Fallolyckor bland äldre[Internet]. [citerad 30 november 2020]. Tillgänglig vid: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/fallolyckor-bland-aldre/>
11. Scheffer A, Schuurmans M, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij S. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age Ageing. 2008;37(1):19–24
12. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre [Internet]. 2014 [citerad 11 november 2021]. Tillgänglig vid: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/atgarder-for-att-forhindra-fall-och-frakturer-hos-aldre/>
13. Wester-Wedman A. Den svårfångade motionären [doktorsavhandling på Internet]. Umeå: Umeå Universitet; 1988 [citerad 2022 Apr 4]. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:156273/FULLTEXT01.pdf>
14. Lewis J, Ridehalgh C, Moore A, Hall K. This is the day your life must surely change [11]: Prioritising behavioural change in musculoskeletal practice. Physiotherapy. 2021;112:158–62.

15. Maula A, LaFond N, Orton E, Iliffe S, Audsley S, Vedhara K, et al. Use it or lose it: a qualitative study of the maintenance of physical activity in older adults. *BMC Geriatrics*. 2019;19(1):349
16. Sandlund M, Pohl P, Ahlgren C, Skelton D, Melander-Wikman A, Bergvall-Kåreborn B, m.fl. Gender Perspective on Older People's Exercise Preferences and Motivators in the Context of Falls Prevention: A Qualitative Study. *BioMed Res Int*. 2018;2018
17. Linton S, Flink I. *Hälsopsykologi i vården*. Stockholm: Natur & kultur; 2016.
18. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 1977;196(4286):129–36.
19. Hägg E. *Den föränderliga människan : ett biopsykosocialt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 2010
20. Globala målen – Läs om Globala målen – 17 mål för hållbar utveckling [Internet]. Globala målen. [citerad 23 november 2020]. Tillgänglig vid: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>
21. Carter RE, Lubinsky J. *Rehabilitation research: principles and applications*. Fifth ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2016
22. Glanz K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4edl. Hoboken: John Wiley & Sons inc;2008.
23. Alvehus J. *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. 2 rev uppl. Stockholm: Liber; 2019
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12
25. Sandman L, Kjellström S. *Etikboken-etik för vårdande yrken*. 2 reb uppl, Lund: Studentlitteratur; 2018
26. Mittaz Hager A, Mathieu N, Lenoble-Hoskovec C, Swanenburg J, de Bie R, Hilfiker R. Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):13
27. Arkkukangas M, Sundler A, Söderlund A, Eriksson S, Johansson A. Older persons' experiences of a home-based exercise program with behavioral change support. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2017;33(12):905–13.
28. Finnegan S, Bruce J, Seers K. Life after falls prevention exercise – experiences of older people taking part in a clinical trial: a phenomenological study. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):91.
29. Burton L, Shapiro S, German P. Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons. *Prev Med*. 1999;29(5):422–30.
30. Boverket. *Planera för rörelse! – en vägledning om byggd miljö som stimulerar till fysisk aktivitet i vardagen*. Karlskrona; 2013 [citerad 28 april 2022]. Hämtad från <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/publikationer/2013/planera-for-rorelse/>
31. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. 3 rev uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
32. Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Beverly Hills: SAGE Publications, Inc; 1980

Institutionen för hälsa och välfärd
Magisterprogrammet i Fysioterapi

33. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept, FaR. Stockholm:
Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport nr 2003:53

Bilagor

Bilaga 1

Spontana uppmuntrningar kommer tillämpas genom intervjun som “Det låter spännande, berätta mer”, Hur tänker du nu, vill du förklara? etc

Inledning

“Hej och välkommen. Vi gör en magisteruppsats inom fysioterapi och vill undersöka motiverande och hindrande faktorer för att fortsätta träna. Vi vill gärna veta mer om personer som är över 75 år och har en ökat fallrisk av olika anledningar och som tränat med fysioterapeut, det är därför vi är nyfikna på vad du har att berätta. Vi kommer ställa några frågor men det är fritt fram att berätta vad du kommer att tänka på gällande ämnet. Om det är någon fråga du inte vill svara på är det helt okej. Intervjun spelas in och ges en kod för att undvika att sätta ditt namn på dokumentet, denna kod kommer hållas inlåst. Detta för att bibehålla din integritet.”

Bakgrundsfrågor

- Ålder
- Längd på träningsintervention på mottagningen eller i hemmet
- Familj/boendesituation
- Aktuell träningsnivå

Frågor

- Beskriv hur din syn på träning var innan du fick kontakt med en fysioterapeut
- Berätta om varför du sökte kontakt med en fysioterapeut
- Berätta om din träningsperiod. Har du något exempel. (Hur upplevde du din träningsperiod? Ändrade du några vanor hemma eller på andra sätt i din vardag?)
- Berätta hur det ser ut nu med fysisk aktivitet och träning?

Om svar i enlighet med att personen har slutat träna

- När började det blir svårt att hålla i träningen. Varför blev det så tror du?
- Vad ser du är de hindrande faktorer som gör att du inte har fortsatt med din träning?
- Vad hade du behövt för att fortsätta träna?

Om svar i enlighet med att personen har fortsatt träna

- Beskriv vilka dina största motiverande faktorer till att fortsätta med din träning?
- Vilka hinder har du mött och hur har du upplevt detta?

Avslutande frågor

- Hur skulle du beskriva din motivation i dagsläget till fysisk aktivitet och träning?
- Hur upplever du din fallrisk i dagsläget?
- Är det något annat du vill tillägga

Allmänna följdfrågor

Institutionen för hälsa och välfärd
Magisterprogrammet i Fysioterapi

- Hur menar du då?
- Kan du utveckla/berätta mer.

Bilaga 2



Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Vi är två fysioterapeuter som till våren ska göra ett examensarbete som en del i vår magisterutbildning. Syftet med vår studie är att undersöka hindrande och motiverande faktorer till att vidmakthålla fysisk aktivitet efter en träningsperiod på fysioterapimottagning eller i hemmet. Vi har valt att fokusera på personer över 75 år och med ökad fallrisk.

Många besvär och sjukdomar som kommer med en stigande ålder medför dessvärre en ökad risk för fall. Det kan vara en effekt av mediciner, nedsatt syn och hörsel eller minskad styrka i benen. Genom att vara fysisk aktiv kan man reducera risken för fall med upp till 30%. Många som vi som fysioterapeuter träffar ändrar sina vanor kring fysisk aktivitet på kort sikt eller under tiden de har en kontinuerlig kontakt med fysioterapeut men tappar sedan motivationen.

Du tillfrågas om deltagande i denna studie då du deltagit i träning på en rehabmottagning eller i hemmet under minst två månaders tid med fysioterapeut. Vid intresse om deltagande i studien kan anmälan göras via mail eller per telefon, se kontaktuppgifter nedan. Vi kommer sedan kontakta dig om du har några frågor samt välja tid och plats för intervjun efter ditt önskemål. Intervjun beräknas ta maximalt en timme och kan ske fysiskt eller digitalt i enlighet med din preferens.

Informerat samtycke lämnas i samband med intervjun. Det innebär att ditt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att några skäl behöver anges och detta kommer inte påverka din framtida eventuella vård på något sätt. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ned. Dina personuppgifter kommer att kodas med ett löpnummer i en kodlista. Samma kod ges materialet som noteras i samband med din intervju. Inspelningen och kodlistan kommer att förvaras inlåsta och separerade från varandra så att inga obehöriga får tillgång till dem. Intervjuerna kommer sedan att analyseras sammanställas i vår magisteruppsats. Efter examination och godkännande av uppsatsen kommer all data som insamlats om dig att raderas. Uppsatsen kommer att publiceras i DIVA som är en publikationsdatabas och finns tillgänglig här <http://www.diva-portal.se/> om du skriver författarnas namn i sökfältet. De deltagare som önskar ta del av resultatet kommer att få möjlighet till det och kan då meddela detta till författarna som då mailar eller postar detta.

Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud på kontaktuppgifterna nedan:

E-post: dataskydd@du.se, Telefon: 023-77 89 56

Vid funderingar, kontakta gärna någon av oss eller vår handledare

Med vänliga hälsningar,

Laura Bohlin h20laubo@du.se 072-2238724	Johanna Bylinder h20jowes@du.se 072-2238724
---	---

Handledare:

Anna Cristina Åberg
aab@du.se

Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att: - delta i studien Upplevelse av hindrande och motiverande faktorer till vidmakthållande av ökad fysisk aktivitet efter en träningsintervention bland äldre patienter med förhöjd fallrisk - en kvalitativ intervjustudie - att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i studiepersonsinformation - följande personuppgifter samlas in: namn och telefonnr och eventuell adress.

Personuppgifterna kommer att användas till kontakt med dig - de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills att uppsatsen är godkänd eller högst i tre år.

Plats och datum	Underskrift
------------------------	--------------------

Ansvarig för studien

Ort och datum: _____

Namnsteckning: _____

Bilaga 3



Förfrågan om genomförande och förmedlande av deltagande till intervjustudie

Hej!

Vi är två fysioterapeuter som till våren ska göra ett examensarbete som en del i vår magisterutbildning. Vi har valt att skriva en uppsats om äldre patienter med ökad fallrisk och deras upplevelse av hindrande och motiverande faktorer till vidmakthållande av ökad fysisk aktivitet efter en träningsintervention.

Många åkommor, besvär och sjukdomar som kommer med en stigande ålder medför dessvärre en ökad risk för fall. Det kan vara en effekt av mediciner, nedsatt syn och hörsel eller minskad styrka i benen. Som fysioterapeuter hjälper vi människor till en aktiv livsstil och genom att vara fysisk aktiv kan man minska risken för fall med upp till 30%. Många som vi träffat ändrar sina vanor kring fysisk aktivitet på kort sikt eller under tiden de har en kontinuerlig kontakt med fysioterapeut och tränar på klinik men tappar sedan motivationen.

Vi vill med detta informationsbrev fråga Dig om tillåtelse att få genomföra denna studie vid Din enhet. Om godkännande ges kommer fysioterapeuter kontaktas för förfrågan och hjälp att vidareförmedla medföljande informationsbrev samt vår förfrågan till aktuella patienter. Patienter som vill anmäla intresse för deltagande i studien kan göra det antingen via mail eller per telefon på nedanstående kontaktuppgifter. Samtycke kan lämnas skriftligen eller muntligen beroende på intervjuens format. Vi kommer att ta kontakt med de som lämnat intresse för att stämma tid och plats för intervju. Intervjuerna beräknas ta maximalt en timme.

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att några skäl behöver anges. Intervjuerna kommer att spelas in med ljudupptag och hållas oåtkomliga för obehöriga. Materialen kommer sedan att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och sammanställas i ett resultat i vår magisteruppsats. Uppsatsen kommer att publiceras i DIVA som är en publikationsdatabas och finns tillgänglig via universitetsbibliotekets hemsida www.ltu.se/ltu/lib. De deltagare som önskar ta del av resultatet kommer att få möjlighet till det

Vid funderingar, kontakta gärna någon av oss eller vår handledare
Med vänliga hälsningar,

Laura Bohlin h20laubo@du.se 072-22387244	Johanna Bylinder h20jowes@du.se
--	--

Handledare:

Anna Cristina Åberg
aab@du.se