

7/6/2017

Evaluering, udvikling og forandring af TEMP 3 ved Aalborg Universitetshospital

Kandidatspeciale i
Folkesundhedsvidenskab
10. semester ved Aalborg
Universitet.

Gruppe 10310
Christan Brandtoft & Martin Vang
Rasmussen

Vejleder: Mette Holst

ANTAL ANSLAG INKL. MELLEMRUM: 239.211

Resumé

Problem: Hospitalsindlæggelse resulterer generelt i, at det fysiske aktivitetsniveau falder drastisk for alle patienter, og især de skrøbelige og ældre. Fysisk inaktivitet under indlæggelse resulterer i negative konsekvenser for alle patienter bl.a. skrøbelighed, lavere aktivitetsniveau efter udskrivelse, længere indlæggelsestid og større dødelighed. De eksisterende forebyggelsestiltag mod fysisk inaktivitet i hospitalsregi er enten ressourcetunge eller ineffektive. Derfor har Aalborg Universitetshospital implementeret TEMP 3, der er en ressourcevenlig intervention, og den har til formål at forbedre aktivitetsniveauet hos alle indlagte patienter. Der er dog barrierer forbundet med en intervention, hvor initiativet ligger hos patienterne, hvorfor TEMP 3 muligvis ikke virker som forventet, og derfor kan udvikles.

Formål: Formålet i projektet er at evaluere TEMP 3 og på baggrund af patienternes udtalelser samt litteratur udvikle interventionen, så alle patienter bliver aktiveret under indlæggelse, herunder især de skrøbelige.

Metode: Der anvendes et case-design som analyseres fra hhv. kvantitativ, kvalitativ og litterær vinkel. Den kvantitative metode skal anvendes til at evaluere TEMP 3, den kvalitative skal bidrage til belysning af patienternes oplevelser af interventionen, og litteraturen skal supplere de kvalitative interviews ifm. hvilke udviklingsforslag der præsenteres.

Resultat: De kvantitative resultater viser, at TEMP 3 ikke har bidraget til højere fysisk aktivitetsniveau på afdelingen. Til gengæld har højere alder og stor grad af hjælp patienten behøver under indlæggelse negativ signifikant association med det fysiske aktivitetsniveau. Den kvalitative analyse viser, at patienterne især savner information, en anden placering af træningshjørnet og et større udbud af aktiviteter. Yderligere er der i litteraturen evidens for, at teknologi med fordel kan implementeres i TEMP 3, og dette understøttes af i interviewene.

Konklusion: Det kan konkluderes, at fordi TEMP 3 ikke fungerer efter ønsket, er der behov for udvikling. Det er foreslået, at TEMP 3 med fordel kan udvikles i tre forskellige retninger, hvilke alle er ressourcevenlige: at personalet prioriterer mere information til patienterne, at flytte forhindring for træningshjørnet og tilbyde patienterne et større udbud af aktiviteter.

Abstract

Problem: Hospitalization is often resulting in a decline in physical activity for most patients, this is especially true for frail and old patients. Physical inactivity during hospitalization results in negative consequences such as increased frailty, decreasing levels of activity after discharge, longer hospital stays and higher mortality. As of now the interventions addressing this issue are either resource heavy or ineffective. That's why Aalborg University Hospital have implemented TEMP 3, which is a low-cost intervention, which aims to improve the level of activity for inpatients. There are potential barriers in relation to interventions that require patients to actively be willing to work out, hence why TEMP 3 might not work as intended and might need further development.

Aim: The aim of this study is to evaluate TEMP 3 through quantitative methods and develop the same intervention based on inpatients' experiences and existing intervention in the literature.

Method: A case study design was used and three methods were applied in the aim to evaluate and develop TEMP 3: quantitative and qualitative methods and a literature review. The quantitative data was gathered from 42 inpatients and was analyzed to evaluate, if the intervention had any effect. 11 inpatients were interviewed, to express their experiences of the intervention. The interviews were used in a combination with results from the literature review to set up suggestions for the further development of TEMP 3.

Results: The quantitative results show, that the intervention had no significant effect on physical activity level when the intervention group was compared with the historical control group. The qualitative data shows, that the patients lack information, wish for another placement of the bike, rubber bands and step bench, and in general they wished for more activities while hospitalized. The literature review showed, that modern technology can be used advantageously when trying to improve the functional level of inpatients.

Conclusion: The quantitative data shows that TEMP 3 isn't efficient, which means the intervention needs further development. Regarding the interviews with 11 inpatients and the literature review, the project group has come up with three suggestions for further development, that's in line with the limited resources the ward is allocated. The three suggestions are as follows: More and precise information to the patients, reorganization of the training facilities and a wider range of training facilities.

Forord

Dette projekt er et kandidatspeciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden 1/2-2017 – 7/6-2017.

I projektet arbejdes der med evaluering, udvikling og forandring af interventionen TEMP 3 på Gastroenterologisk Sengeafsnit 9Ø tilknyttet Aalborg Universitetshospital.

Projektgruppen vil gerne takke personalet på Gastroenterologisk Sengeafsnit 9Ø på Aalborg Universitetshospital for et produktivt samarbejde og for at støtte op om projektets formål. Projektgruppen har i udarbejdelsen af specialt haft adgang til afdelingen, og vil derfor også takke både det personale der har udført dataindsamling, samt de patienter der har medvirket i projektet.

Projektets tilknyttede vejleder Mette Holst takkes for grundig velforberedt vejledning og godt samarbejde. Yderligere takkes hun for at formidle kontakten til sengeafdelingen og for altid at stå til rådighed, såfremt projektgruppen havde brug for det.

Indholdsfortegnelse

Initierende problem	7
1.0 Problemanalyse.....	8
1.1 Fysisk inaktivitet hos indlagte patienter	8
1.2 Skrøbelighed som årsag til fysisk inaktivitet.....	9
1.3 Fysisk inaktivitets betydning for indlagte patienter.....	10
1.3.1 Kortsigtede konsekvenser	10
1.3.2 Langsigtede Konsekvenser	11
1.4 Strategier til forebyggelse af fysisk inaktivitet under indlæggelse.....	11
1.5 TEMP 3 på 9Ø.....	13
1.5.1 Baggrund	13
1.5.2 TEMP 3	13
1.6 Udfordringer ved TEMP 3.....	15
1.6.1 Barrierer.....	15
1.6.2 Det etiske dilemma ved TEMP 3.....	15
1.6.3 Tilsigtede/utilsigtede konsekvenser ved TEMP 3	16
1.7 Opsamling.....	18
1.8 Formål.....	18
2.0 Problemformulering	19
2.1 Forskningsspørgsmål	19
3.0 Teori	20
3.1 Udvikling af en kompleks intervention	20
3.2 Logisk programteori	22
3.3 Paradigmer og videnskabsteoretisk position	22
3.3.1 Videnskabsteoretisk position.....	23
3.4 Det åbne sundhedsbegreb	25
4.0 Metode.....	27
4.1 9Ø som case.....	27
4.1.1 Den hypotesestyrede case.....	27
4.2 Kvantitativ metodetilgang	29
4.2.1 SenseWear armbånd på 9Ø.....	29
4.2.2 Statistisk analysestrategi ved SWA	31
4.2.3 Spørgeskema om fysisk aktivitetsniveau.....	32
4.2.4 Statistisk analysestrategi ved spørgeskema	33

4.3 Kvalitativ metodetilgang	34
4.3.1 Semistruktureret interview	34
4.3.2 Informanter	35
4.3.3 Interviewguide	35
4.3.4 Interviewsituation	36
4.3.5 Transskription	37
4.3.6 Ethiske overvejelser	37
4.3.7 Analysestrategi	38
4.4 Systematisk litteraturstudie	41
4.4.1 Indledende søgning	42
4.4.2 Udvælgelse og kvalitetsvurdering af litteratur fra indledende søgning	43
4.4.3 Anden søgning	43
4.4.4 Udvælgelse og kvalitetsvurdering af litteratur fra anden søgning	45
5.0 Resultater	46
5.1 Analyse af kvantitativ data	46
5.1.1 Analyse af SWA	46
5.1.2 Signifikanstest	47
5.1.3 Confounding og effektmodifikation	48
5.1.4 Analyse af aktivitetsskemaer	50
5.1.5 Opsamling	50
5.2 Analyse af kvalitative interviews	51
5.2.1 Muligheder	52
5.2.2 Barrierer	56
5.2.3 Udviklingspotentiale	60
5.2.4 Opsamling	65
5.3 Resultater fra litteraturstudiet	66
5.4 Fælles resultatopsamling	72
6.0 Diskussion	73
6.1 Metodediskussion	73
6.1.1 Case-studiet	73
6.1.2 Kvantitativ metode	74
6.1.3 Kvalitativ metode	77
6.1.4 Litteraturstudie	81
6.2 Diskussion af resultater	84

6.2.1 TEMP 3 som intervention til fremme af fysisk aktivitet under indlæggelse	84
6.2.2 Patienternes oplevelse af TEMP 3.....	86
6.2.3 Udvikling af TEMP 3	90
7.0 Udviklings- og forandringsforslag.....	94
8.0 Konklusion	99
9.0 Litteraturliste	100
Bilag 1 - Aktivitetsskema	105
Bilag 2 - Data.....	106
Bilag 3 – Syntax	107
Bilag 4 – Output	115
Bilag 5 – Interviewguide	227
Bilag 6 – Transkribering retningslinjer	230
Bilag 7 – Samtykkeerklæring	231
Bilag 8 – Søgeprotokol.....	232
Bilag 9 - Litteraturskema.....	240
Bilag 10 – Udfyldte tjeklister	241
Bilag 11 - Kategoriseringer	266
Bilag 12 – Transkriberinger.....	293

Initierende problem

Fysisk inaktivitet er et udbredt fænomen i hospitalsregi for alle patienter under indlæggelse (1), og kan, primært hos ældre patienter, medføre bl.a. lavere aktivitet i dagligdagen efter udskrivelse (2)(3)(4), ny eller længere indlæggelse grundet negative konsekvenser på det kliniske forløb (5)(6) eller i værste fald død (7)(8). Årsagerne til inaktivitet under indlæggelse kan være mange, men de største faktorer er høj alder og skrøbelighed (9)(10)(11). Skrøbelighed er et udtryk for nedsat funktionsniveau, hvorfor det kan fungere som en hindring for fysisk aktivitet under indlæggelse (12). Der er mange konsekvenser forbundet til fysisk inaktivitet, både efter få dages indlæggelse (13) og i årene efter udskrivelse (14)(15)(7)(16). Der kan derfor argumenteres for, at inaktivitet under indlæggelse er vigtigt at forebygge for at vedligeholde funktionsniveauet hos alle og især skrøbelige patienter, da skrøbelighed og inaktivitet er gensidigt afhængige (17)(18). I dansk kontekst er det samtidig vigtigt at indtænke ressourceforbrug ifm. forebyggelse, da det danske sundhedssystem er baseret på knappe ressourcer (19).

Hvis inaktivitet under indlæggelse skal forebygges, er det vigtigt at tilgodese alle patienter med særligt fokus på de skrøbelige og deres behov om hjælp til at være aktiv under indlæggelse, så det kan blive en del af et rehabiliterende forløb, der forbedrer deres fysiske funktionsevne. På Aalborg Universitetshospital er der tidligere foretaget et studie omhandlende træning og timet ernæring hos skrøbelige patienter på en infektionsmedicinsk afdeling (20). Denne intervention viste positive resultater på såvel funktionsevne, samt livskvalitet. Efter studiets ophør har man derfor ønsket at implementere træning på samtlige afdelinger i Klinik Medicin, under Aalborg Universitetshospital. Dette har resulteret i interventionen TEMP 3, der er igangværende på Aalborg Universitetshospital. Under hensyntagen til begrænsede ressourcer, består TEMP 3 af et træningshjørne, hvor patienterne selv kan træne, én ugentlig superviseret fællestørnings-aktivitet og en daglig proteinholdig drik i forlængelse af træningen på en sengeafdeling (21). Studier viser dog, at der er visse problematikker forbundet med at udføre fysisk aktivitet under indlæggelse for skrøbelige patienter (22)(23), og det forekommer derfor relevant at undersøge, om de skrøbelige patienter anvender interventionen, og om ønsket, om at alle patienter motionerer dagligt, indfries ved en sådan intervention, herunder hvorfor/hvorfor ikke. Dette ønskes undersøgt i afsnit 9Ø, som er Medicinsk Gastroenterologisk Sengeafsnit under Klinik Medicin på Aalborg Universitetshospital.

1.0 Problemanalyse

Følgende afsnit indeholder en redegørelse samt analyse af nærværende projekts problemfelt. Først belyses fysisk inaktivitet under indlæggelse. Derefter bliver relevansen af skrøbelighed analyseret sammenholdt med fysisk inaktivitet. På baggrund af fysisk inaktivitet under indlæggelse danner der sig ligeledes konsekvenser herfor, hvilke redegøres og analyseres. Eksisterende interventioner præsenteres herefter samt deres fordele/ulempeler, og i forlængelse heraf analyseres TEMP 3 på Aalborg Universitetshospital, hvor der skitseres, hvilke muligheder og begrænsninger der er for patienterne for at udføre fysisk aktivitet under indlæggelse. Slutteligt vil projektets problem blive illustreret i et formål og en tilhørende problemformulering.

1.1 Fysisk inaktivitet hos indlagte patienter

Fysisk inaktivitet under indlæggelse er forbundet med forskelligartede problematikker, og medfører bl.a. lavere funktionsevne i dagligdagen efter udskrivning (2)(3)(4), ny eller længere indlæggelse grundet negative konsekvenser på det kliniske forløb (5)(6) eller i værste fald død (7)(8). Ligeledes er inaktivitet forbundet med store økonomiske omkostninger, og i 2005 blev nettoomkostningerne af inaktivitet i samfundet opgjort til 2,883 mia. kr. Dette svarer i 2012 priser til 3,312 mia. kr. og givetvis endnu flere kr. i 2017 priser (24). Et studie viser, at jo ældre og mere skrøbelige patienter er, jo større er risikoen for at være inaktiv under indlæggelse (10). Studiet viser, at det fysiske aktivitetsniveau under indlæggelse svarer til at sidde og se fjernsyn i en stol i den "aktive" periode (10). Derudover viser både dette studie, og et andet studie, at patienter med comorbide lidelser er i større risiko for fysisk inaktivitet end de patienter der ingen comorbide lidelser har (9)(10). Disse negativt forbundne konsekvenser gør inaktivitet til et problem på flere samfundsniveauer, og samtidig tegner der sig et billede af, at især skrøbelige patienter er i større risiko end andre.

Fysisk inaktivitet kan defineres på forskellige måder, men det har ved en søgning på internationale og nationale hjemmesider, herunder Sundhedsstyrelsen, ikke været muligt at finde en definition, der dækker anbefalinger for aktivitetsniveau for indlagte patienter. Det samme gælder for World Health Organizations (WHO) definition for fysisk inaktivitet, og WHO definerer fysisk inaktivitet som: Delvis, men utilstrækkelig fysisk aktivitet (<2,5 time moderat fysisk aktivitet pr. uge) (25). The Center for Disease Control and Prevention definerer fysisk inaktivitet som udelukkende at udføre aktiviteter ved lav intensitet, som primært består af aktiviteter relateret til dagligdagen, såsom; at stå op, langsom gang og forflytning af lette genstande (26). Denne definition lyder umiddelbart til at passe bedre til de aktiviteter indlagte patienter forventes at udføre, men denne definition er ligeledes rettet mod hverdagslivet og ikke hospitalsregi. I Danmark anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man dyrker fysisk aktivitet mindst 30 minutter af moderat intensitet dagligt, helst alle ugens dag. Dette svarer til 3,5 times moderat aktivitet ugentligt (27). I dette projekt afgrænses der fra alle definitioner af fysisk inaktivitet, da de ikke repræsenterer indlagte patienter. Ligeledes er formålet i dette

projekt at evaluere en eksisterende intervention, hvorfor det udelukkende er interessant at se, om aktivitetsniveauet er forøget efter implementering.

1.2 Skrøbelighed som årsag til fysisk inaktivitet

En væsentlig grund til fysisk inaktivitet under indlæggelse er skrøbelighed, og i kommende afsnit vil skrøbelighed problematiseres og defineres.

Skrøbelighed og fysisk inaktivitet under indlæggelse er gensidigt afhængige, da patienter udfører mindre fysisk aktivitet jo skrøbeligere de er, og skrøbeligheden påvirker samtidig evnen til at udføre fysisk aktivitet. Dette gælder især hos de ældre patienter, hvor skrøbelighed er mest udbredt (28).

Der findes flere årsager til fysisk inaktivitet, heriblandt oplevede smerter, medicinering, manglende motivation, begrænset hjælp, uvante omgivelser mm. (22)(23), og hos patienter der kan klare sig selv er en barriere manglende aktiviteter eller tilbud som kan motivere dem til at være mere fysisk aktive (22). Det tyder dog på at, de primære grunde til fysisk inaktivitet under indlæggelse er alder og skrøbelighed *inden* indlæggelse (9)(10)(11).

Under indlæggelse synes evidensen at vise, at skrøbelige patienter er mere inaktive end andre patienter (29)(11).

Skrøbelighed er i litteraturen defineret ud fra forskellige parametre, bl.a. ved et skrøbelighedsindex, som måler syv forskellige niveauer af skrøbelighed med udgangspunkt i individets fysiske og kognitive funktionsniveau, samt antallet af kroniske lidelser og generel sygdom (30).

En anden definition vurderer skrøbelighed ud fra 5 parametre: vægttab, styrke, udholdenhed og energi, ganghastighed og fysisk aktivitetsniveau (12). Ældre individer vurderes at være skrøbelige, hvis 3 af de 5 parametre scorer utilfredsstillende. Vægttab vurderes som negativt, hvis man det seneste år har tabt 4,5 kg, styrke vurderes ud fra håndgrebsstyrke, udholdenhed og energi vurderes pba. selvrapportering, ganghastighed vurderes i en 15m test mens fysisk aktivitetsniveau vurderes ud fra kalorieforbrug (12). Klinikere er generelt uenige om hvordan skrøbelighed kan måles, men de faktorer der i størst grad er medbestemmende er vægttab, fysisk aktivitetsniveau og kroniske lidelser (12)(30)(31).

De skrøbelige og ældre kan dermed være i særlig risiko for inaktivitet end andre patientgrupper. Fysisk inaktivitet er en risikofaktor der, primært i relation til hospitalsindlæggelser, opstår når patientens sygdom eller primær behandling begrænser patienten i at udøve fysisk aktivitet (23). Et dansk studie der netop undersøger hvad der begrænser indlagte patienter i at udføre fysiske aktiviteter, finder at patienterne ikke behøver at foretage sig ting selv, som de ellers relativt problemfrit ville kunne udføre selv, eks. hente mad. Yderligere påpeger patienterne, at de ofte bliver begrænset grundet organisatoriske problematikker, det værende ventetid på læger til stuegang, udsættelse af scanninger og lignende, som gør, at patienten forbliver i sengen, for ikke at gå glip af muligheden for f.eks. at tale med lægen eller komme til den ventede undersøgelse (22). Dette kan

medføre, at skrøbeligheden hos patienterne bliver forværret, da aktivitetsniveauet bliver ufrivilligt nedsat. Det samme må forventes at gælde for Gastroenterologisk sengeafsnit 9Ø (9Ø) på Aalborg Universitetshospital.

9Ø er et sengeafsnit med 26 sengepladser til patienter med mave-tarmmedicinske sygdomme, hvoraf 12 pladser er allokeret til patienter med tarmsvigts- og ernæringsproblemstillinger, og resten af sengene til komplekse leversygdomme og inflammatoriske tarmsygdomme. Desuden modtager afsnittet en fraktion af patienter med intern medicinske sygdomme, efter en fordelingsnøgle med de øvrige medicinske afdelinger på Aalborg Universitetshospital.

Der er stor diversitet i sammensætningen af patienter på 9Ø, og derfor kan det ligeledes forventes, at nogle af patienterne er skrøbeligere end andre. Yderligere kan det antages, at det fysiske aktivitetsniveau på afdelingen er meget forskelligt, men da det fysiske aktivitetsniveau generelt falder under indlæggelse hos alle patientgrupper(1), kan det samtidig antages, at alle patienter der bliver indlagt potentielt er skrøbelige. I forandringsøjemed er de skrøbelige patienter en interessant målgruppe at beskæftige sig med, og der ligger et potentiale for forbedring af deres funktionsniveau under indlæggelse.

1.3 Fysisk inaktivitets betydning for indlagte patienter

I kommende afsnit klarlægges konsekvenserne af fysisk inaktivitet, herunder kortsigtede- og langsigtede konsekvenser.

1.3.1 Kortsigtede konsekvenser

Der er overfladisk redegjort for konsekvenserne af inaktivitet i afsnit 1.1, og de bliver her uddybet. I dette projekt er konsekvenserne afgrænset til de konsekvenser der opstår ifm. fysisk inaktivitet hos indlagte patienter. Først redegøres der for de kortsigtede konsekvenser og derefter de langsigtede.

De fysiske konsekvenser ved inaktivitet kan opdeles i flere områder; kredsløb, muskler og knogler og stofskifte. I et studie omhandlende konsekvenserne af sengeleje over én uges varighed konkluderes det, at deltagernes maksimale iltoptag falder med 5-6% pr. uge uafhængigt af køn og alder (32). Yderligere er det påvist, at hjertets maksimale slagvolumen, under arbejde, gennemsnitligt reduceres med 29% efter tre ugers sengeleje. Ligeledes kan dette bidrage til at forklare den lavere aktivitet efter udskrivelse, da iltoptaget ikke tillader samme aktivitetsniveau (32).

Yderligere er det i et studie undersøgt, at inaktivitet eller direkte sengeleje er forbundet med en reduktion i muskelmassen. Dette sker, da proteinsyntesen reduceres mens proteinnedbrydelse fortsætter (13). Reduktionen i muskelvolumen kan allerede ses efter kort tid, og et studie der undersøgte ekstensormusklerne i benene viste et tab af muskelvolumen på 2-3% pr. uge over 4-6 ugers sengeleje (33). Reduktionshastigheden aftager dog med varigheden af sengeleje (34).

Inaktivitet tyder ligeledes på at kunne påvirke kroppens knoglemasse. Efter en uges sengeleje kan der spores øget calciumudskillelse i urin og afføring, hvilket tyder på øget nedbrydning eller reduceret genopbygning af knoglevævet (33). For både muskler og knogler gælder det, at reduktionen i muskel- og knoglemasse varierer i kroppens forskellige dele. Typisk ses den største reduktion i de vægtbærende muskler og knogler, såsom i underekstremiteterne (33). Ligeledes påvirkes stofskifte i negativt omfang, da kroppens evne til at regulere blodglukoseniveauet sammen med insulinfølsomheden, er nedsat efter inaktivitet. Dette er tilfældet, da kroppen har mindre muskelvæv til at optage glukose i. Et studie har vist, at efter én uges sengeleje er insulinfølsomheden nedsat (35). En reduktion i muskel- og knoglemasse i underekstremiteterne medfører, at patienter potentielt bliver mere skrøbelige. Ovenstående kortsigtede konsekvenser lægger op til at patienter under indlæggelse er i risiko for at blive mere skrøbelige, mindre aktive og på baggrund heraf, i større grad påvirkes af de langsigtede konsekvenser.

1.3.2 Langsigtede Konsekvenser

Langsigtede konsekvenser af fysisk inaktivitet under indlæggelse kan være, at patienter, der er meget lidt aktive under indlæggelse, oplever lavere livskvalitet og er i større risiko for at blive genindlagt end patienter, der er mere aktive (14)(8). Andre langsigtede konsekvenser er dødelighed efter udskrivelse. Et studie viser, hvordan patientens aktivitet de første 24 timer og sidste 24 timer under indlæggelse er relateret til dødelighed to år efter udskrivelse. Hazard ratio viser, at en stigning på 100 skridt hhv. indenfor de første og sidste 24 timer af indlæggelse reducerer dødelighed med 2% og 3%. Derudover er en nedgang i skridt under indlæggelse forbundet med mere end fire gange større risiko for død to år efter udskrivelse (15). Udover dødelighed er fysisk inaktivitet under indlæggelse også forbundet til udskrivelsesdestination. I et studie konkluderedes det, at patienter med nedsat mobilitet efter to dages indlæggelse oftere bliver udskrevet til plejehjem i stedet for eget hjem (7). I forlængelse af dette er en af de store udfordringer for ældre efter indlæggelse også, hvordan de vender tilbage til hverdagen. I et studie er det undersøgt, hvordan ældre oplever overgangen fra udskrivelse til hverdag. Her er de største barrierer, at de ikke føler, at de kan klare dagens gøremål uden hjælp efter udskrivelse (16). I forlængelse heraf falder patienternes ADL (activities of daily living), der er et udtryk for, hvor godt de klarer sig med gøremål i dagligdagen, efter udskrivelse (8)(4).

Ovenstående konsekvenser giver incitament til at forebygge fysisk inaktivitet under indlæggelse, da der er mange ulemper for patienten ved at være fysisk inaktiv.

1.4 Strategier til forebyggelse af fysisk inaktivitet under indlæggelse

I følgende afsnit præsenteres studier og opfattelser om forebyggelse af fysisk inaktivitet under indlæggelse. Ved analyse af de forskelligartede konsekvenser af fysisk inaktivitet under indlæggelse, kan det antages, at der

eksisterer et behov for at forebygge problemet hos alle patienter, og især de skrøbelige. Tidligere er der forsøgt forskellige forebyggelsesstrategier både internationalt og i Danmark.

Internationalt er der bl.a. udført et studie omhandlende et selvudførligt mobilitetsprogram, som fungerer både under indlæggelse og efter udskrivelse med telefonisk follow-up. Studiet viser positive resultater for deltageres fysiske aktivitetsniveau efter udskrivelse med en studiepopulation bestående af 97% mænd (2). En styrke ved denne form for intervention er, at den kan igangsættes af frivillige, der har modtaget træning inden interventionens start. Det gør denne form for intervention billig, men i dansk kontekst kan en sådan intervention være svær at gennemføre grundet begrænsede ressourcer til optræning af frivillige.

En anden måde at forebygge fysisk inaktivitet på er undersøgt i et studie, hvor deltagerne løbende får information omkring deres aktivitetsniveau gennem data fra en påført skridttæller. Denne intervention viser en stigning af antal aktive minutter om dagen. Dog kan en sådan intervention være svær at vurdere effekten fra, da skridttællere kan have svært ved at differentiere mellem om personen er stillestående, siddende eller liggende pga. besværet gang (36).

En tredje strategi er præsenteret i et studie, hvor patienterne modtager ekstra fysioterapi for at se om det hjælper på både funktionsevne og antallet af indlæggelsesdage. Dette studie viser, at ekstra fysioterapi reducerer indlæggelsestid og forbedrer evnen til at gå samt den generelle fysiske aktivitet. Dog hjælper denne intervention ikke på selvhjælp hos patienten (37). Forebyggelse ved en sådan strategi kan i dansk regi give økonomiske gevinster i form af færre indlæggelsesdage. Dog er denne form for strategi ressourcetung, og derfor kan det være et problem i hospitalsregi, da alle patienter ikke kan modtage ekstra fysioterapi uden store udgifter for hospitalet.

Ved en søgning på fysisk aktivitet i hospitalsregi, viser det sig, at mange hospitaler i Danmark har fokus på fysisk aktivitet under indlæggelse, men de fleste af dem anvender det i særlig grad i psykiatrien. Odense Universitetshospital skriver bl.a. at alle skal have mulighed for at være fysisk aktive, og det skal være et led i deres behandling (38). Dette står meget overordnet, og der er ikke mulighed for at se, hvad der reelt bliver gjort i praksis. Fokus på implementering af fysisk aktivitet i psykiatrien er selvfølgelig vigtigt, men det er ikke noget der gavner patienter med somatiske sygdomme. Derfor er der brug for, at der kommer større fokus på andre dele af hospitalet, hvor både de kort- og langsigtede konsekvenser af fysisk inaktivitet med fordel kan minimeres ved forebyggelse af fysisk inaktivitet.

I dansk øjemed er det oplagt at tænke i ressourcevenlige baner ift. intervention, og dette er grundet de knappe ressourcer i det danske sundhedssystem (19). Dette prøver Aalborg Universitetshospital med deres TEMP 3 intervention på 9Ø.

1.5 TEMP 3 på 9Ø

I kommende afsnit præsenteres TEMP 3, herunder baggrunden for TEMP 3, selve interventionen og hvordan den kan anvendes til forebyggelse af fysisk inaktivitet.

1.5.1 Baggrund

Nærværende projekts fokus tager udgangspunkt i, at Aalborg Universitetshospital i 2016 undersøgte, hvad kombineret fysioterapi og diætisk intervention havde af effekt på en infektionsmedicinsk sengeafdeling (20). Dette var et RCT-studie, hvor patienter fra en infektionsmedicinsk sengeafdeling blev inkluderet, med i alt 59 deltagere i interventionsgruppe og 145 deltagere i en historisk kontrolgruppe. Deltagerne i interventionsgruppen skulle alle være indlagt i mere end to dage, og de blev set som potentielt skrøbelige. Interventionen bestod af minimum tre individuelle træningssessioner om ugen af 45 minutters varighed i samarbejde med en fysioterapeut. Derudover fik deltagerne et træningsprogram og skridttæller, og de blev opfordret til at træne på egen hånd udover de planlagte træninger. Ved ernæring havde alle deltagere en samtale med en diætist, og derudover fik de en proteindrik i forlængelse af deres træning. Yderligere fik de samme proteindrik om aftenen, helst efter selv-træning og på dage uden fysioterapeut (20). Denne intervention viste positive resultater ifm. træning og ernæring. Uddybende blev den fysiske funktionsevne forbedret; patienterne fik større proteinindtag og generelt gav interventionen større livskvalitet hos de indlagte patienter (20).

1.5.2 TEMP 3

De positive resultater i ovenstående studie har givet anledning til, at Aalborg Universitetshospital ønsker træning og ernæring som en større del af hverdagen på afdelingerne. Dette ønskes ved en mindre ressourcekrævende intervention, TEMP 3, som skal kunne skræddersys til de forskellige afdelingers behov. På 9Ø er der opsat et træningshjørne, hvor patienterne har mulighed for selv at træne. Der er i træningshjørnet opstillet en motionscykel, en stepbænk og elastikker. Som hjælp til udførelse af korrekte øvelser, er der ophængt illustrationer på væggen, dette er dog kun gældende for øvelser med elastik, hvorfor der mangler vejledninger til brug af cykel og stepbænk. Udover selvtræning får patienterne mulighed for at deltage i en fællestørelse på sengeafdelingen om fredagen, som er koordineret af en fysioterapeut (21). Ved interventionen er planen, at sengeafdelingen skal indbyde til aktiviteter for patienterne. Dette forsøger afdelingen ved strukturelle forandringer, hvor underholdning og materialer findes i fællesarealerne, hvorfor patienterne skal ud af sengen for at bruge disse. Aktiviteterne på afdelingen skal gerne motivere patienterne til at komme ud af sengen, da en af barrierer for fysisk aktivitet er manglende aktivitetsmuligheder (22). Det vides dog ikke, hvorvidt det

indtil videre har frembragt positive resultater. Patienten får også udleveret et skema med ugens syv dage, hvor de skal sætte en streg, hvis de har udført forskellige aktiviteter (bilag 1). Aktiviteterne beskriver ni forskellige dagligdagsgøremål f.eks. sidde i en stol under måltid, gået tur på gangen og målt antal skridt på skridttæller. Skemaerne udleveres til patienterne, men det vides ikke, hvordan de anvendes samt i hvilket omfang. I TEMP 3-oplægget er ønsket, at TEMP 3 skal evalueres og på baggrund heraf videreudvikles mht. de fremkomne resultater.

Udover fysisk aktivitet indeholder TEMP 3 også en ernæringsmæssig dimension. Patienter skal efter træning gerne modtage en proteinholdig drik, og derudover motiveres til at vælge de mest proteinholdige drikke på afdelingen, hvilket forsøges ved et ophængt skema, som viser ernæringsindhold af de forskellige drikke (21). I dette projekt afgrænses der til kun at se på fysisk aktivitet. Dette gøres, da proteindrikken ikke kun bruges i forbindelse med træning, og den kan heller ikke fungere som erstatning for fysisk aktivitet. Derudover er projektgruppens ønske at se på træningsinterventionen, som er ny, hvorimod proteindrikken allerede er testet. Hovedmålet med TEMP 3 er, at patienterne ikke skal miste funktionsevne eller vægt under indlæggelse, og at afdelingerne skal integrere Sundhedsstyrelsens "National Klinisk Retninglinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger"(KILDE). Dette er især et fokus der kan komme de skrøbelige patienter til gode.

De afdelingsspecifikke mål med TEMP 3 er, at patienterne skal være mere aktive under indlæggelse. Dette kan bl.a. omfatte mål om, at der trænes alle dage inkl. weekender, 75% af patienterne er oppe at spise, 90% af patienterne har været oppe og sidde i en stol alle dage, at kondicyklen har været brugt af minimum to patienter dagligt (21). Målene med TEMP 3 varierer dog for hver afdeling, da interventionen skal ske pba. afdelingens forudsætninger og ønsker. I dette projekt vil det være relevant at analysere TEMP 3 udfra de indlagtes oplevelser og præferencer omkring egen sundhed og velbefindende til fortsat udvikling af TEMP 3, og tilhørende forandring på 9Ø.

1.6 Udfordringer ved TEMP 3

1.6.1 Barrierer

Ved udvikling af en intervention på en sengeafdeling kan der være visse barrierer at være opmærksom på. Et studie har bidraget til at undersøge, hvilke begrænsende faktorer der er medvirkende til, at patienterne ikke udfører fysisk aktivitet under indlæggelse (22). En af barriererne er bl.a., hvilke organisatoriske rutiner patienterne oplever. Det kan f.eks. være planlægning af en undersøgelse, som udsættes således, at patienten befinder sig i sengen længere tid end forventet. Derudover er en barriere, at der er manglende hjælp og fokus fra personalets side ift. træning (22). I forlængelse heraf kan en anden udfordring ved forebyggelse af inaktivitet vha. TEMP 3 være de begrænsede ressourcer, der er afsat til interventionen. Der er en begrænsning på, hvor mange af gangen der kan anvende træningshjørnet, da der kun er én motionscykel og stepbænk. Udover de materielle ressourcer kan det antages, at evt. manglende personaleressourcer kan påvirke patienternes aktivitetsniveau. Studier viser, at en barriere for at de skrøbelige patienter træner er, at de mangler hjælp fra plejepersonalet (22)(23). Barriererne kan være en hindring for at nå 9Øs mål om, at alle patienter skal udføre daglig fysisk aktivitet, og et patientperspektiv er dermed relevant at anlægge for at forstå patienternes oplevelser af TEMP 3, herunder barrierer og muligheder.

1.6.2 Det etiske dilemma ved TEMP 3

Udover de barrierer der eksisterer ved anvendelse af en intervention som TEMP 3, rejser der sig ligeledes etiske problemstillinger angående de strukturelle rammer omkring interventionen, heriblandt især træningshjørnet. I TEMP 3-oplægget er nævnt, at træningshjørnet skal være med til at styrke signalværdien af at dyrke fysisk aktivitet, og skabe ændringer i kulturen omkring fysisk aktivitet på 9Ø (21). Ligeledes skal træningen ske på patientens eget initiativ. Dette centrerer sig om et etisk liberalt synspunkt inden for forebyggelse, hvor de sunde handlinger skal være op til individet selv (39)(40). I liberalistisk forebyggelse findes autonomibegrebet, og dette er bredt defineret indenfor forebyggelsesinitiativer, men overordnet omhandler det at sikre individets frie vilje, og respektere privatlivet uden kontrol fra andre individer (41)(39)(40). I dette tilfælde sættes individet lig med patienten. Umiddelbart har TEMP 3 et liberalistisk udgangspunkt knyttet til forebyggelse, da patienten hovedsageligt skal træne selvstændigt, men et af de problemer, der muligvis kan identificeres, er de strukturelle rammer tilknyttet træningshjørnet. Motionscykel, stepbænk og elastikker er placeret for enden af gangen på 9Ø, hvor både personale, andre patienter og besøgende befinder sig. Dette gør, at patienterne evt. kan føle sig udstillet, når de træner, og dette udfordrer autonomibegrebet, hvor privatlivets fred skal sikres. På den anden side kan det tænkes, at visse patienter føler en vis sikkerhed ved at sidde, hvor alle kan se dem, så de hurtigt kan få hjælp, hvis de skulle have brug for det. Ligeledes kan der opstå etiske konflikter vedrørende andre strukturelle ændringer udsprunget af TEMP 3.

Strukturelle ændringer kan være med til at tage individers handlinger fra dem, og afdelingen har ligeledes valgt at flytte mange aktiviteter ud på gangen såsom spil og bøger. Autonomien og det frie valg for egne handlinger bliver taget fra patienterne ved sådanne ændringer, og det kan evt. medføre, at idéen omkring en fri og egenhændig intervention ikke bliver indfriet. For de skrøbelige patienter kan de strukturelle rammer yderligere vise sig at have negativ indflydelse på aktivitetsniveauet, da de i forvejen har svært ved at komme ud af sengen grundet nedsat funktionsniveau (22).

Ovenstående fungerer som rationale for, at de eventuelle forandringspotentialer der eksisterer for 9Ø i høj grad også kan være styret af etiske tankegange, da autonomien er central at sikre under indlæggelse. Derfor kan patienternes oplevelser, omkring de vilkår de har for at dyrke fysisk aktivitet, spille en afgørende rolle for afdelingen, hvilket underbygger relevansen af et patientrettet perspektiv.

1.6.3 Tilsigtede/utilsigtede konsekvenser ved TEMP 3

Når en intervention evalueres og videreudvikles, følger der tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af interventionen, som skal identificeres for at vurdere, om interventionen fungerer hensigtsmæssigt. Dette er relevant, fordi interventioner ikke altid har den ønskede effekt, og det kan derfor forekomme, at de skal justeres yderligere. Derfor er ønsket at klarlægge de patientrettede konsekvenserne af TEMP 3 som et led i evalueringen af denne.

Tilsigtede konsekvenser er de mål, der allerede er redegjort for i analysen af interventionen, samt det forventede outcome (42). I TEMP 3-oplægget er der ikke redegjort for negative tilsigtede konsekvenser. De tilsigtede positive konsekvenser er de mål, som afdelingen har stillet som resultat af TEMP 3: at patienterne får det bedre, at træning påvirker kulturen under indlæggelse, bevarelse af funktionsevne og selvhjælp, mindre hjælp efter udskrivelse, yderligere skrøbelighed og forøget livskvalitet. Det må forventes, at der som resultat af TEMP 3 ikke kun er positive tilsigtede konsekvenser. Dette pba. de barrierer og etiske patientrettede problemstillinger der gør sig gældende ved en sådan intervention. Derfor skal der i bearbejdelsen af problemet ligeledes identificeres negative tilsigtede konsekvenser samt utilsigtede konsekvenser for både patienterne og personalet.

Utilsigtede konsekvenser er de konsekvenser der ikke er taget højde for som resultat af interventionen. Det er vigtigt ved evaluering af en intervention at klarlægge disse konsekvenser for evt. at kunne revidere interventionen eller generelt bare gøre opmærksom på dem, så beslutningstagere kender konsekvenserne (42). Utilsigtede konsekvenser kan bl.a. være, at brugerne af interventionen går imod de råd, de har fået. Dette kan ske af mange grunde, men Ringold snakker om den psykologiske effekt, hvor man tager afstand fra noget, der har stor indgriben på ens liv (42). På baggrund af ovenstående potentielt begrænsende faktorer, kan problematikken omkring anvendelse af TEMP 3 være signifikant og påvirke ønsket om, at alle patienter skal

aktiveres. Dette kan i særlig grad påvirke de skrøbelige patienter, da de på basis af ovenstående analyse forventes at være målgruppen, der benytter TEMP 3 mindst.

1.7 Opsamling

Gennem problemanalysen er problemet omkring fysisk inaktivitet under indlæggelse belyst og analyseret. Det ses, at den største årsag til fysisk inaktivitet under indlæggelse er skrøbelighed, hvorfor denne patientgruppe er i særlig risiko for funktionsnedsættelse under indlæggelse. Udover fysisk funktionsnedsættelse er konsekvenserne af fysisk inaktivitet under indlæggelse langsigtede og har stor betydning for patienterne efter udskrivelse. Patienterne på 9Ø vurderes at være i risiko for at være skrøbelige og være fysisk inaktive under indlæggelse. Til forebyggelse af fysisk inaktivitet under indlæggelse har Aalborg Universitetshospital opstillet en intervention, TEMP 3, på 9Ø i Medicinerhuset. Det primære mål med interventionen er, at alle patienter skal op af sengen og vedligeholde funktionsniveau under indlæggelse. Der er dog visse potentielle udfordringer tilknyttet TEMP 3, som kan forhindre patienterne i at efterleve afdelingens mål for fysisk aktivitet.

1.8 Formål

Formålet med dette projekt er, at vurdere effekten af TEMP 3, og om afdelingens mål omkring at alle skal dyrke fysisk aktivitet indfries, herunder om de mest skrøbelige patienter aktiveres. Derudover ønskes patienternes oplevelse af interventionen belyst, for at kunne identificere begrænsninger og muligheder ved at forebygge inaktivitet under indlæggelse. På baggrund af de patientspecifikke oplevelser på 9Ø er målet at videreudvikle TEMP 3 på patienternes præmisser.

2.0 Problemformulering

Hvordan formår TEMP 3 med begrænsede allokerede ressourcer at involvere og aktivere skrøbelige patienter under indlæggelsen på 9Ø? herunder:

2.1 Forskningsspørgsmål

1. Bidrager TEMP 3 til at fremme fysisk aktivitet for de skrøbelige patienter indlagt på 9Ø?
2. Hvordan oplever patienterne interventionen TEMP 3, og mulighed for at benytte træningsaktiviteterne, samt fællestræningen?
3. Hvorledes kan patienternes perspektiv, samt bidrag fra litteratur omkring lignende interventioner, medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 på 9Ø?

3.0 Teori

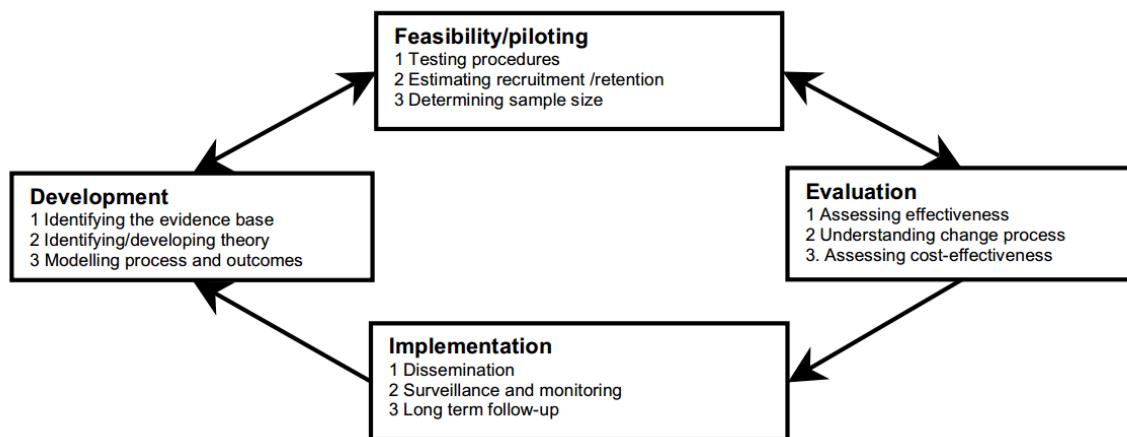
3.1 Udvikling af en kompleks intervention

Den overordnede ramme for projektet er forandring og udvikling, hvorfor dette afsnit vil omhandle udvikling og forandring af TEMP 3. Som ramme for udvikling og forandring af interventioner anvendes Medical Research Councils guide til netop dette formål. I følgende afsnit præsenteres modellen, sammenhængen mellem faserne i udvikling af komplekse interventioner, og med et særligt fokus på fasen udvikling.

Dette projekt er udarbejdet på baggrund af temaet: Udvikling og forandring af forebyggelses- eller sundhedsfremmeaktiviteter. Projektet sigter derfor mod at opstille forslag til, hvordan interventionen TEMP 3 på 9Ø kan udvikles.

Komplekse interventioner er kendetegnet ved at indeholde flere komponenter der interagerer (Moore et al. 2015)(44). Nogle komponenter vil være statiske mens andre forsøges tilpasset individuelt (45). Yderligere kendetegnes komplekse interventioner ved, at de kan være rettet mod flere målgrupper, integrere flere faggrupper og organisatoriske niveauer (Moore et al. 2015). Dette er netop tilfældet med TEMP 3, som inkluderer flere faggrupper og henvender sig til alle indlagte patienter.

Projektet anvender retningslinjer fra Medical Research Council (MRC) til udvikling af TEMP 3, og til forandringsdimensionen. I nærværende projekt er TEMP 3 en intervention, der allerede er implementeret på 9Ø. Interventionen er dog ikke blevet evalueret, hvilket giver mulighed for at vurdere, hvordan TEMP 3 kan udvikles, og hvordan afdelingen som resultat heraf kan forandres. MRC fremfører retningslinjer, der illustrerer nøgleelementerne for udvikling og evaluering af komplekse interventioner. Modellen indeholder fire essentielle faser: udvikling, afprøvning, evaluering og implementering (Figur 1) (44). Nærværende projekt inddrager udviklingsfasen som værende den overordnede ramme for projektet, men det er evalueringsfasen der danner grundlag for, at TEMP 3 forventeligt kan videreudvikles og skabe forandring. Som skrevet ovenfor er TEMP 3 implementeret, og derfor er det i dette projekt formålet først at indsætte TEMP 3 i evalueringsfasen, og dernæst efter behov i udviklingsfasen, og komme med forslag til udvikling pba. patienternes ønsker og oplevelser.



Figur 1 - Illustration af sammenhængen mellem faserne i udvikling af komplekse interventioner (44).

Evalueringen af interventionen er vigtig at udføre for at interventionen kan implementeres som fast praksis. En systematisk evaluering af en kompleks intervention, vil optimalt indeholde; vurdering af effekt, hvorvidt interventionen er omkostningseffektiv og samt en evaluering af processen fra indsats til eventuel effekt (45)(44) (Moore et al. 2015). I nærværende projekt evalueres TEMP 3 ved et kvasiexperimentielt studie, analyse af spørgeskemaer og selve forandringsprocessen analyseres indirekte gennem interviews med patienterne. Effekten vurderes ved at analysere forholdet mellem patienternes fysiske aktivitetsniveau på afdelingen før og efter indførsel af TEMP 3, og dette gøres vha. SenseWear armbånd.

Udviklingsfasen består af identificering af problemet, valg af teoretisk ramme og udarbejdelse af interventionen samt planlægning af effektmål. Disse er delelementer, som interventionen udvikles på baggrund af, og således kan der forventes god effekt ved udvikling (44). Identificering af problem omhandler således, at definere eksisterende og relevant viden (44). I nærværende projekt er der foretaget en systematisk litteratursøgning for at identificere eksisterende litteratur, der giver viden om, problematikker vedrørende fysisk inaktivitet, skrøbelighed, eksisterende interventioner, hvordan de foregår og hvilken effekt de har. Dernæst formuleres en teoretisk ramme og i nærværende projekt anvendes Steen Wackerhausens 'Åbne sundhedsbegreb', som danner grundlag for at forstå intervention på 90 fra et individuelt sundhedsperspektiv. Selve udviklingen tager udgangspunkt i de kvalitative interviews og litteraturen.

Ifølge Lisa Østergaard og Helle Maindahl er det afgørende i udviklingsfasen, at der er sammenhæng mellem formål med interventionen, den planlagte intervention og den forventede effekt (45). Både udvikling og evaluering har stor indflydelse på, hvordan interventionen kan implementeres, og er interventionen godt afprøvet med enten et pilotstudie eller feasibilitystudie, burde implementeringen i klinisk praksis forløbe langt bedre end en utestet intervention (44).

3.2 Logisk programteori

I følgende afsnit, præsenteres en logisk programteori. Denne anvendes som overordnet skabelon og retningslinje for udviklingsforslagene til udvikling af TEMP 3.

Besvarelsen af forskningsspørgsmål 3 skal resultere i forskellige udviklingstiltag. Disse bygger primært på patienternes ønske om udvikling. De fremstilles i en logisk programteori, som hjælper med at illustrere, hvordan interventionens elementer interagerer. Den logiske programteori hjælper med at sikre en logisk sammenhæng mellem interventionens formål, den planlagte intervention og den forventede effekt. De antagelser der ligger til grund for interventionen synliggøres gennem den logiske programteori (45). Den logiske programteori er udarbejdet pba. patienternes udtalelser samt evidens fremskaffet gennem litteraturstudiet. Figur 2 viser en visuel illustration af den logiske programteori.



Figur 2 - Logisk programteori (45).

Den logiske programteori er i nærværende projekt suppleret med tre ekstra punkter: fastholdelse, forandring og tilsigtede/utilsigtede konsekvenser. Fastholdelse er valgt da, det vurderes at miljøet på 9Ø er stærkt foranderligt og turbulent, hvorfor det findes nødvendigt at have faste rutiner, som med tiden kan udvikles til vaner. Forandring er tilføjet for at synliggøre, hvilke forandringer interventionen medfører på afdelingen. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser vælges som supplement til modellen for at synliggøre, hvilke konsekvenser der kan forventes at opstå i forbindelse med implementering og fastholdelse af interventionen. At være bevidst om de mulige konsekvenser kan på længere sigt hjælpe til at kunne løse eventuelle problematikker ifm. interventionen. Ligeledes kan det give beslutningstagere et overblik over konsekvenserne forbundet med interventionen.

3.3 Paradigmer og videnskabsteoretisk position

I nærværende projekt arbejdes der ud fra to videnskabelige paradigmer og dertilhørende videnskabsteoretiske positioner. Da problemformuleringen besvares ud fra hhv. kvantitativ og kvalitativ metode samt et litteraturstudie, arbejdes der med forskellige paradigmer og videnskabsteoretier i hhv. forskningsspørgsmål 1

og forskningsspørgsmål 2 og 3. Kort beskrevet er et paradigme de tanker omkring, hvordan et videnskabeligt område kan angribes. Laila Launsø og Olaf Rieper opererer med tre paradigmer, der hver karakteriserer en måde at tilgå videnskaben; det empirisk-analytiske paradigme, det fortolkningsvidenskabelige paradigme og det kritiske paradigme (46). Forskningsspørgsmål 1 bearbejdes ved det empirisk-analytiske paradigme, og forskningsspørgsmål 2 og 3 bearbejdes ved det fortolkningsvidenskabelige paradigme.

Ved det empirisk-analytiske paradigme er karakteristika at finde årsagsforklaringer, som bygger på lovmæssigheder. Derudover er forskerens udgangspunkt objektivt, som er fuldstændig uafhængig af forskerens egen mening og holdninger (46). Første forskningsspørgsmål lægger op til en sådan undersøgelse, hvor det er ønsket at klarlægge, hvorvidt TEMP 3 er årsag til øget fysiske aktivitetsniveau på 9Ø. Ved dette paradigme skabes der en mere sikker viden, som nemmere kan generaliseres ift. subjektive sandheder (46). I dette projekt arbejdes der med 21 patienters førmåling og 21 andre patienters eftermåling af fysisk aktivitetsniveau ved indførslen af TEMP 3.

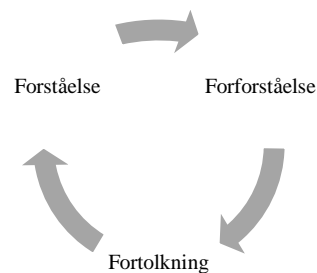
Ved det fortolkningsvidenskabelige paradigme er målet at finde sandheder, der er tilskrevet en subjektiv mening. Sandhederne vil altid være kontekstafhængige af bl.a. tid og sted, og derfor ændrer de sig også i et tidsmæssigt perspektiv, hvorfor generalisering indenfor dette paradigme knytter sig til subjekterne, så hvis subjekterne er sammenlignelige, vil sandhederne kunne overføres (46). Forskningsspørgsmål 2 og 3 vil som sagt bearbejdes ved det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Her er formålet at klarlægge hvordan, patienterne opfatter mulighederne og barriererne for at dyrke fysisk aktivitet på 9Ø, som kommer til udtryk gennem deres subjektbetingede sandheder. Fra de overordnede paradigmer forgrenes videnskabsteoretiske positioner, der overordnet relaterer sig til paradigmerne, men alligevel adskiller sig fra hinanden. I nærværende projekt arbejdes der ud fra et kritisk rationalistisk og filosofisk hermeneutisk udgangspunkt.

3.3.1 Videnskabsteoretisk position

Den kritisk rationalistiske videnskabsteori er en teori, der er defineret af Karl Popper, og tager udgangspunkt i at alle lovmæssige sandheder er hypoteser, der kun eksisterer, så længe de ikke er falsificeret (47). Falsificering af en hypotese vil sige, at man iagttager det modsatte af, hvad hypotesen siger, og dermed kan det ikke fungere som en lovmæssig sandhed mere. Popper argumenterer for, at falsificerbarheden er sammenhængig med om teorien/hypotesen kan gendrives, og dermed hvor stærk og generaliserbar sandheden er. En hypotese, der er nem at falsificere, er svær at generalisere og omvendt (47). I nærværende projekt er der pba. initierende problem og problemanalysen dannet en hypotese om, at TEMP 3 bidrager til at fremme fysisk aktivitet på 9Ø, og den hypotese ligger til grund for forskningsspørgsmål 1, hvor hypotesen/forskningsspørgsmålet undersøges ved kvantitativ metode. På baggrund af de fremkomne resultater i analysen vil hypotesen enten blive stående eller den vil falsificeres. Selvom den kritiske rationalisme og

hypotesedannelse/falsificering kun er relateret til forskningsspørgsmål 1, dannes der indirekte hypoteser tilknyttet forskningsspørgsmål 2 og 3, hvor patienterne har forskellige holdninger til fysisk aktivitet, og dermed oplever TEMP 3 forskelligt alt efter egne meninger, behov og forudsætninger. De to forskningsspørgsmål er også resultat af, hvilken forståelse projektgruppen har dannet omkring problemstillingen, og de vil blive bearbejdet ved den filosofiske hermeneutik.

Den filosofiske hermeneutik er defineret af Hans-Georg Gadamer, og hovedpointen er, at alle sandheder er et resultat af subjektive og kontekstafhængige forforståelser og fortolkninger. Inden for hermeneutikken er den hermeneutiske cirkel central, hvor forskeren starter med en forforståelse, derefter kommer der en fortolkning af det område man undersøger for at danne en ny forforståelse, der kan fortolkes (48). Dette er illustreret i figur 3 nedenfor. Processen gennem den hermeneutiske cirkel kan ses som værende uendelig, og det bevirker, at den hele tiden vil være kontekstafhængig og variere fra forsker til forsker (48). Ønsket om at arbejde hermeneutisk udspringer af forskningsspørgsmål 2 og 3, som skal skabe forståelse for patienternes perspektiv og oplevelser af fysisk aktivitet på 9Ø.



Figur 3 - Den hermeneutiske cirkel (48)

Gennem projektet processeres ny viden løbende og giver projektgruppen nye forståelser af området omkring fysisk aktivitet hos indlagte patienter. Forståelsen gennem problemanalysen har ledt frem til dannelsen af en problemformulering og har ligeledes influeret på hypotesedannelsen og forskningsspørgsmålene som beskrevet ovenfor. Fortolkningerne fra projektgruppens side anvendes i den kvalitative metode, hvor interviewguiden er dannet ud fra de herskende forståelser fra projektgruppens side, og ved patienternes svar dannes der ny forståelse. Ligeledes anvendes forforståelser til den systematiske litteratursøgning og hvilke søgeord der inkluderes. Ligesom den kritiske rationalisme har betydning for forskningsspørgsmål 2 og 3 har hermeneutikken også indflydelse på den kvantitative metodiske fremgangsmåde ift. udvælgelse af variable. De to videnskabsteorier inkluderet i dette projekt vil derfor komplementere hinanden, men stadig fungere separat i de tre analysedele.

3.4 Det åbne sundhedsbegreb

Den teoretiske referenceramme i dette projekt er Steen Wackerhausens (Wackerhausen) åbne sundhedsbegreb. Det åbne sundhedsbegreb er et begreb der ligger mellem sundhedsfundamentalisme på den ene side og sundhedsrelativisme på den anden (49).

Det centrale inden for det åbne sundhedsbegreb er ifølge Wackerhausen, individets handlekapacitet. Handlekapaciteten er altid tilknyttet, hvilke mål individet sætter for sig selv, og sundhed er individets evne til at opnå disse mål pba. handlekapaciteten. På den måde argumenterer Wackerhausen for, at det åbne sundhedsbegreb besidder faktorer fra sundhedsrelativismen, da hvert individ kan opsætte forskellige mål. Det vil yderligere sige, at det der opfattes som en sygdom hos én person nødvendigvis ikke er en sygdom for en anden person (49). Handlekapaciteten opfattes indenfor det åbne sundhedsbegreb som værende den generaliserede handlekapacitet, som er subjektets evne til at indfri egne mål givet dets livsbetingelser og subjektbundne handle- eller funktionsniveau, og Wackerhausen definerer det åbne sundhedsbegreb som:

”Sundhed er evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af et subjekts sundhed – kvaliteten af generaliseret handlekapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbunde handlefærdigheder” (49).

Handlefærdighed

I forhold til handlekapaciteten mener Wackerhausen, at den varierer fra individ til individ. Wackerhausen sidestiller sundhed med begrebet 'coping', hvor hvert individ skal mestre sin situation ift. de kognitive, emotionelle, sociale og fysiske udfordringer det møder ved indfrielse af sine egne mål. Wackerhausen mener, at der skal opstilles realistiske mål ift. ens givne situation. Ligesom indenfor sundhedsrelativismen, er sundhed forskelligartet alt efter hvilken kultur den anskues fra, og det er grundet de forskellige mål og traditioner mennesker fra forskellige kulturer har. Ligeledes mener Wackerhausen, at der inde for den professionelle sektor skal arbejdes ud fra et åbent sundhedsbegreb, og hvert individ skal behandles og imødekommes ift. de givne mål det har fastsat sig pba. kultur og handlefærdighed. Der er dermed en liberal tankegang knyttet til det åbne sundhedsbegreb, hvor mennesker loyalt skal accepteres som værende forskellige (49).

Autonomi og mål

Wackerhausen mener, at en af grundstene i det åbne sundhedsbegreb, er at sikre individets autonomi. Der er således ikke nogen magtudøvende instanser, der skal tage beslutninger på folkets vegne, og definere hvad sundhed er, og hvordan det skal opnås. Derimod ligger beslutningen hos folk selv, og det er dem selv der skal opstille sundhedsgivende mål. Wackerhausen arbejder med både ægte og uægte mål, og for at individet kan opnå sundhed, er det vigtigt, at det er de ægte mål der bliver opstillet og opfyldt. Ægte mål definerer

Wackerhausen som værende mål der er opstillet fuldstændigt af individet selv uden indflydelse fra andre personer eller instanser. Uægte mål er derimod mål der opsættes på individets vegne, men hvor det er andre der vil have et resultat ud af det. Derfor er autonomien også afhængig af målene, da fuldstændig autonomi sikres ved at opstille ægte mål (49).

Relateret til nærværende projekt anvendes Wackerhausens åbne sundhedsbegreb i resultatdiskussionen. Det vil diskuteres, hvorvidt patienterne på 9Ø selv opstiller mål, eller om det er personalet, der gør det for dem. Ligeledes vil deres handlekapacitet blive diskuteret ift. hvordan de har det på afdelingen. Diskussionen omkring udvikling af TEMP 3 vil ligeledes inddrage facetter fra Wackerhausens åbne sundhedsbegreb, hvor det vurderes, hvorvidt autonomien sikres hos patienterne, og ligeledes hvordan deres handlekapacitet kan forbedres under indlæggelse.

4.0 Metode

4.1 9Ø som case

I nedenstående afsnit præsenteres nærværende projekts case, hvad der karakteriserer en case, samt hvordan casen metodisk bearbejdes.

Forestående projekts problemformulering analyseres og forsøges besvaret gennem et casestudie design. 9Ø er den nærværende case, og herunder er det relevant at undersøge, hvordan casen karakteriseres, samt hvordan den udspringer af formålet med undersøgelsen. 9Ø er fysisk placeret i Medicinerhuset på Aalborg Universitetshospital. Afdelingen omfatter 26 sengeliggende patienter med tilknyttet personale i form af læger, sygeplejesker, fysioterapeuter mm.

Et casestudie er en undersøgelse af et konkret- eller flere lignende felter med enten én eller flere analyseenheder (50). Det der ydermere karakteriserer et casestudie er, at det lægger op til en undersøgelse af samme problemfelt, men hvor de metodiske tilgange svarer på hvert sit spørgsmål. Dette relaterer sig til nærværende projekts forskningsspørgsmål, som analyseres og besvares ved hhv. anvendelse af kvantitativ metode, kvalitativ metode samt et litteraturstudie. Med et casestudie er det optimalt at anvende så mange datakilder som muligt, så resultaterne kan afspejles i forskellige tilgange, så det sikres, at alle felter af casen er dækket (50). Dette er dog hverken praktisk eller økonomisk muligt, da en case også forandrer sig over tid, og hele tiden kan analyseres på ny (50). De anvendte analyser i dette projekt beror på statistisk analyse, surveymetoder, enkeltmandsinterviews og litteraturstudie. Surveymetoder kan være spørgeskemaer og andre kvantitative datakilder, der giver resultater i bredden. Supplerende giver enkeltmandsinterviews resultater i dybden. Litteraturstudierne giver hhv baggrundsdata for den overordnede undersøgelse, men bidrager også til resultatanalysen, hvor den skaber sammenlignelige nuancer med de kvalitative interviews (50). I dette projekt fungerer litteraturstudiet yderligere som bidrager til, hvordan TEMP 3 potentielt kan udvikles, for at aktivere alle patienter på 9Ø. Et sådan casedesign kalder Maaløe en Embedded Holistic Case, hvor undersøgelsen er af en enkel case, men med forskellige analysetilgange (50). Udover det overordnede casedesign spiller formålet med casen en vigtig rolle i udarbejdelse af analysen.

4.1.1 Den hypotesestyrede case

Formålet med projektet er beskrevet i afsnit 1.8, hvor det udledes, at ønsket er, at undersøge effekten af TEMP 3, patienternes oplevelser ifm. samme intervention samt hvordan TEMP 3 kan udvikles.

Gennem problemanalysen er det blevet fremanalyseret, at skrøbelige patienter er i særlig risiko for fysisk inaktivitet, og der kan eksistere udfordringer tilknyttet anvendelsen af TEMP 3. Dette har ledt frem til en hypotese, som ønskes testet. Nogle casestudier er teoridrevne, og i denne sammenhæng tager casen udgangspunkt i 'Small Scale Theory'. Ved en sådan case mener Maaløe, at der mere er tale om at afprøve mindre hypoteser end at teste store teorier (50).

Hypoteserne i nærværende projekt kommer til udtryk ved de deelelementer der udgør casen, og som er fremanalyseret i forskningsspørgsmålene. Forskningsspørgsmål 1 analyseres ved kvantitativ data fra SenseWear armbånd og udfyldte skemaer omkring fysisk aktivitet under indlæggelse. Forskningsspørgsmål 2 vil blive analyseret vha. kvalitativ data/enkeltmandsinterviews. Slutteligt vil forskningsspørgsmål 3 i denne case blive analyseret ved både kvalitativ data/interviews, og ved et litteraturstudie. På denne måde afspejles casen ved forskellige vinkler, som hver fungerer som bidrager til et samlet resultat af TEMP 3 på 9Ø.

4.2 Kvantitativ metodetilgang

I nærværende projekt tager de kvantitative datakilder udgangspunkt i SenseWear armbånd (SWA) og et spørgeskema omkring aktivitetsniveau under indlæggelse. Begge datakilder er indsamlet af personale tilknyttet 9Ø, og data er indsamlet specifikt til dette projekt. De kvantitative data anvendes til at svare på forskningsspørgsmål 1: Bidrager TEMP 3 til at fremme fysisk aktivitet for de skrøbelige patienter indlagt på 9Ø? Grunden til at der anvendes to forskellige datakilder er, at SWA kan give eksakt information omkring patienternes fysisk aktivitetsniveau dagligt, og spørgeskemaet kan vise, hvilke aktiviteter der bidrager til, at patienterne er fysisk aktive under indlæggelse. I forbindelse med den kritisk rationalistiske tankegang knyttet til denne metode, er der pba. problemanalysen opstillet en hypotese om, at TEMP 3 bidrager til mere fysisk aktivitet på 9Ø på trods af visse barrierer. Efter analysen af de kvantitative data får denne hypotese enten lov at blive stående eller falsificeres.

4.2.1 SenseWear armbånd på 9Ø

SWA er et armbånd der måler på forskellige faktorer ifm. individets daglige fysiske aktivitetsniveau. Det måler bl.a. forbrændte kalorier, hvor mange skridt personen har taget og hvor stor en andel af tiden en person er aktiv/inaktiv defineret ved MET.

I forbindelse med TEMP 3, kan SWA give en indikation af, hvor fysisk aktive patienterne er på afdelingen. 9Ø har inden implementering af TEMP 3 foretaget målinger på i alt 21 patienter vha. SWA. Da ønsket er at evaluere effekten af TEMP 3, vil eftermålingen bidrage til at kunne vise, om det generelle fysiske aktivitetsniveau er steget, forblevet uændret eller faldet efter implementeringen af TEMP 3. Ligeledes vil demografiske informationer omkring stikprøven give et billede af, hvordan fysisk aktivitet fordeler sig på patienternes demografi som f.eks. alder, køn, BMI. I data er der ligeledes beskrevet, om patienterne er selvhjulpne, eller trænger til let hjælp. Udvælgelsen af patienter der skal gå med SWA er foretaget af personalet. Da data fra førmålingen er foretaget inden nærværende projekts påbegyndelse, er eneste krav fra projektgruppen, at data fra interventionsgruppen er indsamlet med samme metode, og at de to grupper ligner hinanden.

Grundet to forskellige målinger behandles data fra SWA som et kvasiekperimentielt studie, hvor stikprøven i førmålingen fungerer som en historisk kontrolgruppe, og stikprøven fra eftermålingen fungerer som interventionsgruppe. Et kvasiekperimentielt studie er et studie, der ligner et RCT-studie, men de grupper der sammenlignes, behøver ikke være tidsmæssigt afhængige. Yderligere har et kvasiekperimentielt studie den ulempe at deltagerne ikke bliver randomiserede, selvom dette havde været det optimale udgangspunkt for reducere af bias og confounding (51). Studiet giver dog et sammenligningsgrundlag, og kan anvendes som

effektmål ift. effekten af TEMP 3. Da data behandles ved en tidsmæssig dimension er det muligt at se, hvordan eksponering har haft indflydelse på outcome. I nærværende projekts arbejde med SWA fungerer TEMP 3 som eksponering og fysisk aktivitetsniveau fungerer som outcome også udtrykt ved figur 4.



Figur 4 - Eksponering og outcome

De helt specifikke målinger, som SWA kan måle er:

- Totalt energiforbrug
- Varighed af fysisk aktivitet
- Varighed ved at ligge ned
- Aktivt energiforbrug
- Antal skridt
- Varighed af søvn
- Søvnkvalitet
- Gennemsnit af MET (Måling for fysisk aktivitetsniveau) (bilag 2)

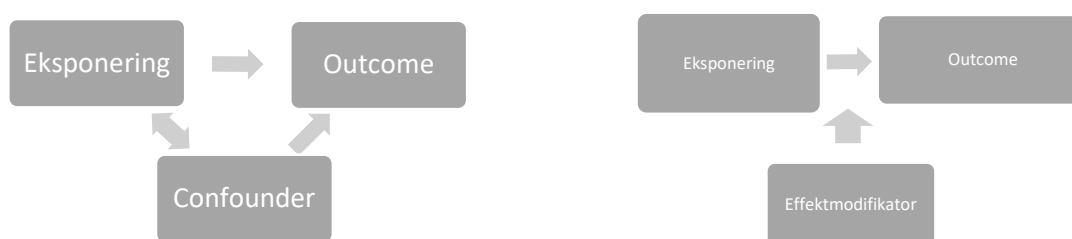
Da outcome er fysisk aktivitetsniveau tager dataanalysen hovedsageligt udgangspunkt i antal skridt og gennemsnitlig MET som viser graden af aktivitetsniveau. Yderligere beskrevet er MET forholdet mellem stofskiftet under fysisk aktivitet og hvilestofskiftet. Moderat fysisk aktivitet for indlagte patienter er beskrevet ved at ligge på mellem 5-8 MET. 1 MET er som at være stillesiddende (52).

Udfordringer ved SWA

En udfordring ved anvendelsen af SWA i hospitalsregi og især hos skrøbelige patienter, er at armbåndet er indstillet efter hvordan den gennemsnitlige person bevæger sig. Det vil sige, at hvis en patient tager små skridt, kan SWA evt. ikke opfange dem som skridt, og vil derimod opfatte personen som værende stillestående. Ligeledes kan der være patienter på 9Ø, der sover siddende. I et sådan tilfælde kan SWA have problemer med at registrere liggende stilling. Der er dog fra personalets side, ved udlevering af data, skrevet hvilke patienter, der evt. kan skævvride resultaterne, hvorfor det er vigtigt at der i nærværende projekt er opmærksomhed omkring disse patienter ved diskussion af de statistiske resultater

Udfordringer ved et Kvasiekperimentielt studie

Der findes forskellige kvasiekperimentielle studier, og hver af dem har udfordringer ift. bias, confounding, validitet og kausalitet (51). I nærværende studie med SWA anvendes der et kvasiekperimentielt design, der anvender en kontrolgruppe, og der er lavet en førmåling på kontrolgruppen. Anvendelse af en kontrolgruppe, som er testet, gør, at kausalitetsproblemet ikke eksisterer, da man kan måle en direkte effekt af fysisk aktivitet vha. SWA. Dog er det vigtigt at være opmærksom på selektionsbias, da grupperne ikke er randomiserede (51). Selektionsbias er udtrykt ved, at deltagerne i grupperne ikke nødvendigvis ligner hinanden, og dette kan influere negativt på den interne validitet. Intern validitet er, hvorvidt der undersøges det der ønskes undersøgt, og hvis ikke de to grupper ligner hinanden, kan det være problematisk at erklære de statistiske resultater korrekte (51). Endnu en udfordring, der også gælder andre studier end det kvasiekperimentielle studie, er hvorvidt udefrakommende faktorer, som ikke er TEMP 3, influerer på graden af fysisk aktivitet. Det er udtrykt ved at være en confounder eller effektmodifikator. En confounder erstatter eksponeringsårsagen, og en effektmodifikator modificerer effekten af eksponeringen. Det er vigtigt at tage højde for eventuelle confoundere eller effektmodifikatorer i den statistiske analyse (53). Confoundere skal gerne undgås i analysen, mens det er vigtigt at være opmærksom på effektmodifikatorer ift. ændring af resultaterne. Der kan dog eksistere ukendte confoundere, som der ikke kan gøres noget ved (53), men som evt. kan belyses i den kvalitative analyseudarbejdelse. Forskellen på confounding og effektmodifikation er udtrykt ved figur 5 nedenfor:



Figur 5 – Confounding (venstre), effektmodifikation (højre)

4.2.2 Statistisk analysestrategi ved SWA

De statistiske analyser uarbejdes i statistikprogrammet SAS 9.4. Den udførlige fremgangsmåde fremgår af bilag 3, hvor de forskellige statistiske tests er blevet udført, og kan reproducere ved udarbejdelsen af syntax og output til aflæsning af analyser kan ses i bilag 4. Først analyseres de demografiske forhold i både kontrol- og interventionsgruppe, hvor der tages højde for alder, køn, mængden af hjælp, BMI og BMR. Det er valgt at

operationalisere det fysiske aktivitetsniveau ved at måle på antal skridt, MET, sengeliggende tid og søvn. De analyseres hver for sig ift. TEMP 3 som eksponering, og der justeres for effektmodifikation og kontrolleres for confounding ved interaktionsanalyse af bestemte variable, der kan have indflydelse på aktivitetsniveauet. Dette gøres ved en ANOVA, hvor data er ubalanceret (populationerne er ikke ens), og de viser en p-værdi for, hvilke variable der påvirker den primære eksponering. I nærværende projekt tjekkes der for alder, køn og hvilken hjælpegruppe patienterne er kategoriseret efter (enten selvhjælp eller let hjælp). Den opstillede hypotese vil enten falsificeres eller få lov til at blive stående pba. de fremkomne resultater. Selvom det kvantitative data generelt tager udgangspunkt i den kritisk rationalistiske videnskabsteori, tager operationaliseringen af det fysiske aktivitetsniveau udgangspunkt i hermeneutikken, hvor projektgruppen gennem læsning af litteratur har fået en forståelse for, hvad der egner sig bedst til at måle det fysiske aktivitetsniveau.

Aldersvariablen er på en kontinuær skala, men det er af projektgruppen besluttet at gruppere variabelen således, at der er tre forskellige aldersgrupper: 18-39 år, 40-65 år og +65 år. Grupperingen er sket på det grundlag, at det ønskes at se, om der er en forskel på aldersgrupperne. En aldersgruppe der er særlig interessant er den ældre aldersgruppe, da der i problemanalysen er fremanalyseret, at skrøbelighed ofte er sammenhængig med alder. Resultatet af at inddele alder i grupper er, at der tabes noget information om enkelte tilfælde, og det vil altid være tilfældet, når der rekodes fra kontinuær skala til nominel skala (53). Alle andre variable får lov at stå som de er for ikke at miste for meget information om data.

Grundet den forholdsvis lille population i data, og at der er at gøre med kontinuære variable som outcome i analysen, kontrollerer der først, om alle outcomevariable er normalfordelt og pba. heraf vælge en statistisk test. Er variabelen normalfordelt anvendes der en t-test for at se forskellen mellem kontrol- og interventionsgruppe. Er variabelen ikke normalfordelt vil der anvendes en non-parametrisk wilcoxon-test, da den giver et mere præcist estimat i en lille population, der ikke er normalfordelt. Herefter vil der tjekkes for effektmodifikation og confounding.

4.2.3 Spørgeskema om fysisk aktivitetsniveau

Spørgeskemaet, som patienterne skal udfylde hver uge under indlæggelse, omhandler ni parametre for fysisk aktivitet. I dette projekt er der ønsket adgang til disse spørgeskemaer for at vurdere, hvilke fysiske gøremål patienterne udfører i løbet af indlæggelse. Derudover ønskes de også suppleret med interviews, hvor det kan ses, hvordan de interviewede patienter er aktive under indlæggelse. Spørgeskemaerne kan yderligere give en idé om, hvad patienterne prioriterer under deres indlæggelse, og kan på den måde bidrage til, hvilke fysiske rammer der kan prioriteres ifm. udvikling. Spørgeskemaerne er udarbejdet af 9Ø og er en del af TEMP 3, hvorfor projektgruppen ingen indflydelse har haft ifm. hvordan det er udformet. Afdelingens mål er, at alle

patienter skal udfylde skemaet under deres indlæggelse, men der er ikke beskrevet hvad spørgeskemaerne reelt skal bidrage til for personalet eller patienterne. Detaljeret indeholder spørgeskemaerne gøremål såsom:

- Deltaget aktivt i personlige pleje i sengen
- Siddet oppe i en stol, f.eks. i forbindelse med et måltid
- Gået tur på gangen

Hele spørgeskemaet kan ses i bilag 1. Spørgeskemaerne indeholder ikke nogen dimension tilknyttet træningshjørnet, hvorfor dette skema mere kan ses som et udtryk for generelt aktivitetsniveau hos de indlagte patienter.

Spørgeskemaerne anvendes til besvarelse af forskningsspørgsmål 1, hvor de kan vise, hvorledes fremgangen i fysisk aktivitetsniveau fra dag til dag under indlæggelse gerne skulle stige, og især hos de skrøbelige patienter. Spørgeskemaerne skal supplere data fra SWA, da de kan styrke og give en mere nuanceret besvarelse af forskningsspørgsmål 1. Derfor vurderes det fra projektgruppens side, at en kombination af data er gunstig for at kunne vurdere, hvorvidt TEMP 3 virker som forventet på 9Ø.

4.2.4 Statistisk analysestrategi ved spørgeskema

Ved analyse af data fra spørgeskemaerne indtastes data direkte i SAS 9.4. Spørgeskemaerne bliver delt op således, at der udføres to forskellige analyser. Det gøres på den måde, at spørgeskemaer der er udfyldt af patienter der ikke deltager i interviewundersøgelsen bliver analyseret samlet, og de spørgeskemaer der er blevet udfyldt af de patienter der er interviewet i projektet bliver analyseret separat. Grunden til at det gøres på denne måde er, at spørgeskemaerne for de interviewede patienter ønskes at skulle relateres til deres svar, så det kan ses, hvorledes svarene i spørgeskemaet stemmer overens med svarene i interviewene.

4.3 Kvalitativ metodetilgang

Følgende afsnit indeholder en redegørelse og gennemgang af projektets interviewform. Der ønskes i projektet at anvende en semistruktureret interviewform, hvor patienter med tilknytning til 9Ø fungerer som målgruppe. Herefter følger en gennemgang af den udarbejdede interviewguide, samt hvilke etiske dilemmaer der kan forekomme ved interviews af en patientgruppe på 9Ø.

4.3.1 Semistruktureret interview

Et semistruktureret interview er kendetegnet ved at minde om en hverdagssamtale, dog er interviewet mere planlagt og styret af den bagvedliggende interviewguide, og har som oftest et fagligt formål. Dermed bliver interviewet hverken en helt åben samtale eller et helt stramt struktureret spørgeskema (54). Dette medfører, at interaktionen under interviewet i højere grad foregår som en åben samtale men dog stadig med forskeren som styrende (54). En af styrkerne ved et semistruktureret interview er, at viden relativt let genereres gennem strukturerede spørgsmål, mens dybde i de enkelte svar relativt uproblematisk kan forfølges gennem de mere uforberedte, opfølgende spørgsmål. Dette gør, ifølge Kvale og Brinkmann, at et semistruktureret interview kan bidrage til at lette den senere analyse af interviewet (54).

I nærværende projekt er det valgt at anvende semistrukturerede interviews, da der ønskes mere omfattende viden om patienternes oplevelser af muligheder og barrierer ved TEMP 3. Således er der opstillet 11 spørgsmål, mhp. at afdække patienternes oplevelse af TEMP 3. Grunden til at patienternes tanker og oplevelser klarlægges er, at de kan formodes at bidrage til udvikling af TEMP 3, da det er en intervention, hvor initiativet primært er hos patienten. Det semistrukturerede interview tillader, at interviewerens er styrende for interviewet, hvilket giver plads til opfølgende spørgsmål.

Projektgruppen ønsker at anvende en faktuel interviewform, hvor formålet er at indhente gyldig og faktuel information (54), modsat et interview der forsøger at klarlægge informanternes livsverden. Den faktuelle information kan bidrage til, at dele af udviklingen og forandringen af TEMP 3 kan foregå på baggrund af informanternes svar. I arbejdet med den faktuelle interviewform er det vigtigt at være opmærksom på at spørgsmålene bliver stillet rigtigt og at de rigtige ord anvendes (54). Det leder videre til, at det er vigtigt, at der stilles spørgsmål med hverdagsord, så patienterne klart og tydeligt kan forstå, hvad spørgsmålene drejer sig om eller retter sig imod.

4.3.2 Informanter

Rekruttering af informanter sker gennem et samarbejde med en udviklingssygeplejerske tilknyttet 9Ø. Dette gøres, da personalet har ekspertviden omkring, hvilke patienter der ligger på afdelingen samt større indsigt i, hvordan patienternes etisk korrekt rekrutteres til et interview. I nærværende projekt er det prioriteret at rekruttere informanter på daglig basis ved telefonisk kontakt med pågældende udviklingssygeplejerske. Dette gøres, da hun på dagen kan vurdere, hvilke patienter, der er egnede til at blive interviewet.

Det har ligeledes været ønskværdigt at få informanter med forskellig fysisk funktionsevne til at deltage i interviewene. Dette grundet idéen om, at TEMP 3 er en intervention for alle, og derfor skal projektet også forsøge at dække alle slags informanters oplevelse af TEMP 3. De patienter, der allerede bruger træningshjørnet, skal bidrage til at se, hvilke motivatorer der er for dem ifm. træning, og de patienter, der ikke anvender det, skal angive hvilke barrierer der forekommer. Gennem arbejdet med problemanalysen er der i nærværende projekt en forståelse af, at de skrøbelige patienter er dem med de største barrierer, og derfor kan det være optimalt at spørge dem, hvad der kan motivere dem til at være aktiv under indlæggelse.

Informanterne rekrutteres ved få inklusionskriterier. Informanterne skal være patienter indlagt på 9Ø, hvor TEMP 3 lige nu er i funktion. Det er dog valgt at ekskludere terminale patienter og patienter med psykiske barrierer ifm. et interview f.eks. demens. Disse patienter ekskluderes grundet et etisk perspektiv, hvor det ikke anses etisk korrekt at bede en dement om at skrive under på et samtykke. Samme gør sig gældende med terminale patienter, hvor det vurderes, at de skal have ro, i den sidste tid de har.

Yderligere er det valgt, at patienterne skal informeres omkring interviewets indhold inden selve interviewet finder sted. Dette sørger udviklingssygeplejersken for, og en briefing i interviewguiden fungerer ligeledes som en slags introduktion til projektets formål for informantene.

4.3.3 Interviewguide

I nærværende projekt er interviewguiden udarbejdet pba. de forforståelser projektmedlemmerne har haft gennem arbejdet i problemanalysen. Dette knytter sig til den filosofiske hermeneutik, hvor interviewspørgsmålene overordnet skal give svar på forskningsspørgsmål 2 og 3, som er fremkommet gennem forståelse af problemet omkring fysisk aktivitet under indlæggelse. Uddybende er de specifikke interviewspørgsmål også baseret på en fortolkning og forståelse hos projektgruppen.

Interviewguiden er produceret med det formål at guide og fastholde interviewerens igennem det semistrukturerede interview med patienterne. Interviewguiden er henholdsvis inddelt i forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål og opfølgende spørgsmål. Dette er mhp. at skabe overblik og struktur igennem flere interviews, samt begrebsliggøre de mere abstrakte forskningsspørgsmål, så de fremstår forståelige for patienterne. Interviewguiden kan ses i bilag 5. Ifølge Tanggaard og Brinkmann er forskningsspørgsmål

sjældent relevante spørgsmål at stille, da de for respondenten er abstrakte. Gennem forskningsspørgsmålene forsøges det at forklare og forstå et fænomen, som ikke altid er bevidst eller relevant for respondenten. Gennem interviewspørgsmål, forsøges det derimod at besvare disse på et beskrivende niveau (55). I interviewguiden, er der udledt interviewspørgsmål ud fra de overordnede forskningsspørgsmål. Opfølgende spørgsmål er tilføjet, hvor der er en forventning om, at svaret kan uddybes. Eksempelvis; ”5) *Hvad har du hørt om vigtigheden af at være fysisk aktiv under din indlæggelse?*” som har to, på forhånd, opstillede opfølgende spørgsmål som hhv. lyder; ”5a) *Hvad kunne det betyde for dig at blive informeret om det?*” eller ”*Hvad har det betydet for dig at blive informeret om det?*”. De opfølgende spørgsmål anvendes alt efter, hvordan informanten har svaret på det foregående interviewspørgsmål. Da interviewguiden er semistruktureret, giver det interviewerens yderligere råderum for at modificere interviewguiden løbende, alt efter respondenten, samt hvor dynamisk interviewet forekommer. Ligeledes giver den semistrukturerede interviewform projektgruppen mulighed for at stille spørgsmål, der ikke er inkluderet i interviewguiden, såfremt der opstår en situation, hvor sådanne spørgsmål er relevante. Interviewspørgsmålene og de opfølgende spørgsmål er forsøgt konstrueret i et hverdagsprog, så de ikke indeholder akademiske og komplekse faglige begreber.

4.3.4 Interviewsituation

Projektets interviews foregår på 9Ø ved Aalborg Universitetshospital, hvilket har været eneste mulighed grundet respondenternes tilstand samt problemfeltet omkring fysisk aktivitet under indlæggelse på lige netop denne afdeling. Et godt udgangspunkt for indsamling af valid data er, at interviewer formår at skabe rammer, der skaber tryghed hos informanten så denne tør fortælle sin oprigtige mening. Det er vurderet i nærværende projekt, at tryghed hos patienterne findes på deres præmisser, og derfor er projektgruppen åben for, at det er patienterne, der vælger sted og tidspunkt for interviews, dog med accept fra personalet på afdelingen. I samme forbindelse er det vigtigt, at interviewer gennem høflig og respektfuld adfærd formår at skabe en god stemning, samt dedikere sin fulde opmærksomhed til interviewet og informanten (56). Særligt indlednings- og afslutningsvis kan der udvises taknemmelighed for informanternes deltagelse og bidrag til projektet, og under interviewet vil der være fokus på informantens oplevelser og erfaringer gennem en lyttende og åben tilgang.

Interviewet indledes med en briefing, hvor der informeres om projektets formål, anonymisering, optagelse af interviewet og efterfølgende transskription. I relation til ovenstående afsnit anses starten af interviewet samt settingen som vigtige, hvorfor briefing har betydning for at skabe en god relation til informanten, da det kan føles mere trygt og nemmere at fortælle om oplevelser (54).

På baggrund af interviewguiden er det vigtigt at forholde sig til, hvilke forforståelser der ligger bag de udarbejdede spørgsmål, således interviewet ikke er præget af fordomme, da dette potentielt kan forvrænge formålet med interviewet. En grundsten i et godt interview er, at interviewerens er bevidst om egen forforståelse,

hertil de fordomme der kan forekomme gennem spørgsmål i interviewet (56). Kan interviewereren formå at være opmærksom på at bruge forforståelsen gavnligt i interviewet, kan dette medvirke til en yderligere forståelse af informantens erfaring og oplevelser.

Interviewet ønskes gennemført med tilstedeværelse af en informant og to interviewere, hvoraf én interviewer primært er styrende. Opsætningen med en primær interviewer er anvendt for at sikre en klar struktur og yderligere for, at informanten er klar over, hvem der skal svares til. Den sekundære interviewers rolle er at sikre, at alle interviewspørgsmålene stilles, samt at nedskrive eventuelle opfølgende eller afsluttende spørgsmål. Den sekundære interviewer er ligeledes ansvarlig for det praktiske, herunder udlevering af informeret samtykke og optagelse af interviewet. Dermed er den primære og sekundære interviewers rolle fastlagt inden interviewsituationen. Ved flere interviewere forudsætter det, at interviewet er koordineret for at minimere overlap og misforståelser (56). Det forventes, at de to interviewroller går på skift fra interview til interview. For at bevare den gode relation afsluttes interviewet med en debriefing.

4.3.5 Transskription

Transskription er en del af den kvalitative databehandling, hvor det mundtlige interview oversættes til skriftsprog. Ifølge Tanggaard og Brinkmann er der forskel og variationer mellem det sagte og det skrevne sprog, da de oprinder fra forskellige medier. Ligeledes er der i en samtale en dynamisk interaktion, der er svær at udtrykke på skrift. Det er vanskeligt at transskribere kropssprog og stemmeleje, og det kan ligeledes være udfordrende at høre samt forstå alt det sagte, hvorfor en mængde information nødvendigvis må forventes at gå tabt i transskriptionsprocessen (57). I projektet foretages en fuld transskribering for at have muligheden for at anvende alt det sagte til besvarelse af forskningsspørgsmål 2 og 3. I bilag 6 optræder en transskriberingsguide, hvor retningslinjer samt læsevejledning til transskriberingen fremgår. Denne er udarbejdet for at sikre, at transskriptionen af interviewene bliver ens, selv med forskellige personer som transkribenter, samt som et forsøg på at minimere informationen der går tabt.

Tanggaard & Brinkmann anbefaler, at transskriptioner foregår umiddelbart efter interviewsituationen (55). Kort tid efter overståede interviews uddelegeres transskriptionsopgaverne, så transskriptionen foregår så hurtigt som muligt efter endt interview. Dette gøres, da det er nemmere at huske hvad der er sagt umiddelbart efter interviewet. Efter færdiggørelse videregives det transskriberede materiale til det andet projektmedlem, for at gennemlytte interviewet med fokus på at indfange mulige mangler.

4.3.6 Ethiske overvejelser

Informeret samtykke relaterer sig til, at deltagerne bliver informeret om og kan acceptere interviewundersøgelsens formål samt eventuelle risici og fordele, som er forbundet med deltagelsen (54). Ved udlevering af informeret samtykke, informeres respondenterne i nærværende projekt om, hvad data anvendes

til, anonymisering af data, samt muligheden for til enhver tid at kunne udgå af undersøgelsen. Projektgruppen har udarbejdet en samtykkeerklæring (bilag 7), som deltagerne skal udfylde og underskrive inden interviewets start. Yderligere følger en mundtlig gennemgang af samtykkeerklæringen med en formodning om, at det skaber tillid mellem informant og interviewer fra start således, at informanten ikke er nervøs for, at informationen bliver anvendt til andet end det aftalte formål. Ved kvalitative interviews bør der være opmærksomhed på den åbenhed, det nærvær og intimitet, som kendetegner kvalitativ forskning, hvilket kan resultere i, at deltagerne kommer med udsagn de senere fortryder (54), og derfor har informanterne fået mulighed for at læse transkriptionen igennem.

Fortrolighed indebærer at al data, som potentielt kan identificere deltageren, skal godkendes af deltageren, før det bliver anvendt i projektet (54). Derfor er det fra starten af interviewsituationen tydeliggjort, hvem der har mulighed for at se og anvende det indsamlede data. Det er vigtigt for projektgruppen at beskytte deltageres udtalelser i interviewene. Dette har givet projektgruppen overvejelser før interviewene udføres mhp., hvordan projektgruppen skal forholde sig til, hvis deltageren kommer med udsagn, som kan være til fare for dem selv eller andre. Projektgruppen har besluttet, at det sagte og transskriberede holdes fortroligt. Det vurderes, at der er størst sandsynlighed for at opnå deltageres oprigtige beskrivelser, hvis deltagerne er fuldt ud fortrolige med interviewerne.

Det findes, at det semistrukturerede interview ikke lægger op til at udsætte informanterne for nogle former for risici, da projektgruppen nøje har udvalgt interviewspørgsmålene således, at de ikke krænker informanterne. Derimod kan det ikke udelukkes, at informanterne bliver berørt af de opfølgende spørgsmål. Sker dette må den semistrukturerede interviewguide gerne brydes for dermed at tage hånd om informantens interesser.

4.3.7 Analysestrategi

Den anvendte analysestrategi til interviewene er hermeneutisk meningsfortolkning. En analysestrategi er et værktøj der anvendes ved analyse af de interviews der er foretaget ifm. en konkret problemstilling (54).

Valget af analysestrategi i nærværende projekt beror både på den hermeneutiske videnskabsteori og formålet med forskningsspørgsmål 2 og 3, hvor ønsket er at finde frem til, hvad patienternes meninger er omkring TEMP 3. Meningsfortolkende analyse bidrager til at åbne analysen af svarene op ved at fortolke udover hvad der bliver sagt og udtrykt under interviewet. Når der indenfor hermeneutisk meningsfortolkning fortolkes på en udtalelse, danner det nye forståelser af, hvad udtalelsen betyder (54). Styrken ved at anvende hermeneutisk meningsfortolkning er, at der findes frem til dybere centrale meninger omkring undersøgelsesfeltet. Ligeledes giver meningsfortolkning mulighed for at nedbryde interviewet i bestemte temaer, som danner rammen for den samlede forståelse af hele interviewet. Kvale og Brinkmann kalder også dette den kontinuerlige frem- og tilbagegående proces mellem dele og helhed, og det er en refleksion af at gå igennem den hermeneutiske cirkel.

Der analyseres så at sige på mindre dele i analysen ned gennem den hermeneutiske cirkel for at skabe overblik over det store billede og danne et samlet forståelsesgrundlag (54). Ved brug af meningsfortolkning mener Kvale og Brinkmann yderligere, at der findes forskellige fortolkningskontekster:

- Selvførelståelse, hvor interviewpersonen udtrykker noget og fortolkninger hos forskeren hovedsageligt beror på, hvad meningen med udtalelsen er, og hvordan forskeren har forstået dem.
- Kritisk commonsense-forståelse, hvor interviewpersonens udtalelser fortolkes udover meningene. Her kan der f.eks. være kritisk fortolkning af udtalelsen, og der kan være fokus på hvem der har sagt det.
- Teoretisk forståelse, hvor der anvendes en teoretisk referenceramme som forståelse af udtalelserne (54).

De fortolkningskontekster der anvendes i dette projekt er selvførelståelse og kritisk commonsense-forståelse, hvor hovedvægten vil være på selvførelståelsen hos patienterne på 9Ø ifm. udtalelser omkring TEMP 3. De vil ikke fungere som selvstændige temaer, men mere være en overordnet tanke om, at fortolkningerne varierer.

En af svaghederne ved anvendelse af hermeneutisk meningsfortolkning er, at multiple fortolkninger forekommer alt efter, hvilken person der fortolker teksten (54). For at gøre op med dette, er der i nærværende projekt valgt, at alle interviews meningsfortolkes af begge projektmedlemmer for at finde fælles fortolkninger. Analysen af interviewene sker i en cirkulær proces, hvor udtalelserne hele tiden fortolkes ift. forskerens forståelse, og først når den fælles forståelse er nået vil fortolkningen blive accepteret. De fælles fortolkninger vil være de centrale dele at analysere, men det er muligt at enkelte dele i interviewene vil analyseres med forskellige fortolkninger, såfremt de medfører et interessant diskussionsgrundlag. Først inddeles fortolkningerne i temaer, for at give et overblik over, hvilke temaer der er interessante at analysere. Temaerne består af muligheder, barrierer og udviklingspotentialer. Temaerne er udarbejdet pba. forstående projekts problemstilling omkring hvilke *muligheder* samt *barrierer* patienterne oplever ved udførelse af fysisk aktivitet på 9Ø på Aalborg Universitetshospital. Derudover anvendes temaet omkring *udviklingspotentialer*, som relaterer sig til sidste forskningsspørgsmål.

Et eksempel på hvordan den meningsfortolkende analysestrategi anvendes i dette projekt kan ses i figur 6.

"Nej, du kan ikke se den derfra, når man kommer dernede fra gangen af. Så skal man vide, at den er der."

- Det fortolkes, at cyklens placering er en barriere for, at den registreres af patienterne, og at de derved kan bruge den.

Figur 6 - Eksempel på meningsfortolkende analyse

Alle citater analyseres på denne måde, og derefter dannes flere underliggende temaer sideløbende med analysen, som relaterer sig til de overordnede temaer.

4.4 Systematisk litteraturstudie

Nærværende projekts litteraturstudie har til formål at frembringe eksisterende litteratur omkring fysisk aktivitet i hospitalsregi, for således, at kunne skabe et overblik over evidensen (58). Projektets litteraturstudie er udarbejdet for både at afdække baggrundsviden indenfor problemfeltet samt at undersøge, hvilke interventioner der har gavnlig effekt på fysisk aktivitetsniveau under indlæggelse, og hvordan patienterne oplever dem. Litteratursøgningen er dermed udført i to dele. Første søgning gennemføres ved en systematisk indledende søgning, som danner baggrund for redegørelsen af problemfeltet i initierende problem samt problemanalysen. Denne søgning danner ligeledes baggrund for udarbejdelsen af problemformulering og forskningsspørgsmål.

Den anden søgning består af en systematisk litteratursøgning af videnskabelig kvalitativ litteratur, som har til formål at afdække, hvilke interventioner der kan bidrage til udvikling af TEMP 3, og eventuel forandring af 9Ø. Ønsket om at finde kvalitativ litteratur i anden søgning er baseret på, at initiativet til anvendelse af TEMP 3 ligger hos patienten, og ligeledes er ønsket i dette projekt at se, hvilke oplevelser patienterne har med træning under indlæggelse. Processen ifm. udførelsen af begge litteraturstudie beskrives i følgende afsnit.

Der er i projektet udarbejdet en søgeprotokol, hvor processen i søgningerne er dokumenteret. Dette gøres for at sikre, at litteratursøgningen senere kan reproducere i begge søgninger (59). Projektets søgeprotokol indeholder bl.a. forskningsspørgsmål, inklusions- og eksklusionskriterier, databaser og søgehistorik (bilag 8). Der udarbejdes for begge søgninger en facetsøgning for at fastholde overblikket i søgningen og for at sørge for, at litteraturen dækker over de problemområder, der ønskes undersøgt (60). Facetterne varierer fra første til anden søgning, og i første søgning er de udvalgt pba. problemet omkring fysisk inaktivitet hos indlagte patienter, heriblandt specielt de skrøbelige patienter. I anden søgning tager udarbejdelse af facetterne udgangspunkt i forskningsspørgsmål 3 som lyder: ”Hvorledes kan patienternes perspektiv medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 i 9Ø?”

Der er søges efter fagtermer og fritekstord, og det er vigtigt at være opmærksom på, at fagtermer hedder noget forskelligt, alt efter hvilken database der søges i. Eksempelvis hedder de MESH-termer i PubMed, og Headings i Cinahl. Fagtermerne er med til at sikre, at betydningen af ordene er præcis, og at de bliver kategoriseret korrekt ift. de artikler søgningen resulterer i. Ved lavt antal hits kan det være gavnligt at søge efter fritekstord, dog med det forbehold at flere af artiklerne måske vil være irrelevante.

I begge søgninger anvendes boolske operatører, herunder AND og OR, og i anden søgning anvendes der yderligere trunkeringer angivet ved en *. AND anvendes, hvis der ønskes at kombinere flere søgetermer som ikke ligner hinanden. En AND søgning er med til at indsnævre søgningen. OR anvendes til flere forskellige søgetermer indenfor samme facet, og kan dermed anvendes til at udvide søgningen. Trunkeringen er ligeledes med til at inkludere flere variationer af et enkelt søgeord, hvor det kan være optimalt at søge efter ordet men med forskellige endelser (60).

4.4.1 Indledende søgning

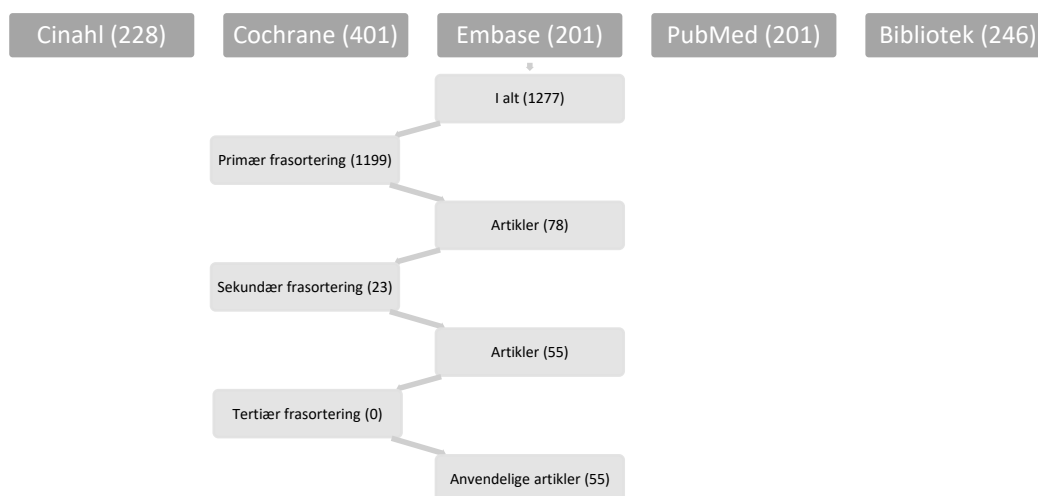
Inden den systematiske søgning, er der udført en indledende eksplorativ søgning, for at få adgang og overblik over oversigtslitteraturen (61). Søgningen er foretaget ved brede fritekstsøgninger på forskellige databaser og søgemaskiner herunder Google, bibliotek.dk, Google Scholar og fagrelevante hjemmesider. Litteraturen herfra har bidraget til at give et overblik over problemfeltet. Der er gennem den indledende systematiske søgning fundet litteratur, som bidrager til udarbejdelse af initierende problem og problemanalysen. Facetterne for den indledende søgning er illustreret i tabel 1 nedenfor, og tabellen er ligeledes et eksempel på, hvordan der i den indledende søgning bliver arbejdet med forskellige søgeord. Den fulde indledende søgning kan ses i bilag 8.

Tabel 1 - Eksempel på facetsøgning i Cinahl

	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Hits
	Indlagte patienter	Ældre	Fysisk aktivitet	
Cinahl (Headings)	Inpatients OR Patients	Aged OR Aged, 80 or older	Motor activity OR Physical activity OR Physical mobility OR Accelerometry	212

I den indledende søgning blev der søgt i 5 databaser: Cinahl, Cochrane, Embase, PubMed og Bibliotek.dk. Begrundelsen for valg af databaserne kan ses i søgeprotokollen i bilag 8.

Der er i projektet produceret et flowchart for at illustrere udvælgelsen af artikler ift. hvilken database de kommer fra, samt udvælgelsesprocessen. Det første flowchart er tilknyttet den indledende søgning, som bidrager til udarbejdelsen af initierende problem, problemanalyse, problemformulering og forskningsspørgsmål og processen skildres i figur 7 nedenfor:



Figur 7 - Flowchart over indledende søgning

4.4.2 Udvælgelse og kvalitetsvurdering af litteratur fra indledende søgning

Udvælgelsen af litteratur foregår i tre faser; den primære, sekundære og tertiære udvælgelse. Den primære udvælgelse omfatter gennemlæsning af titel og abstract. Ved den primære udvælgelse bliver artiklerne uddelt, og der bliver således vurderet, hvilke artikler der inkluderes i projektet, og som kan åbne op for forskellige nuancer af problemfeltet. Den sekundære udvælgelse foregår ved gennemlæsning af samtlige artikler og en efterfølgende diskussion i fællesskab om artiklernes relevans for projektet. Den tertiære udvælgelse foretages af begge gruppemedlemmer, hvor artiklerne nærlæses og diskuteres. Herefter bliver de udvalgte artikler på ny gennemlæst for relevansen for at kunne belyse problemet gennem initierende problem samt problemanalysen. Der anvendes ikke tjeklister til kvalitetsvurdering i den indledende søgning, men til gengæld er hver artikel indsat i et skema for at få overblik over, hvad artiklen handler om, metoden samt styrker og svagheder. På denne måde er det overskueligt at vurdere, hvilken litteratur der kan anvendes til hvilke problemområder. Et eksempel på skemaet kan ses i bilag 9.

Yderligere er der, som et led i udvælgelsen af litteratur til det initierende problem samt problemanalysen, fastsat inklusions- og eksklusionskriterier mhp. at systematisere udvælgelsen af den fremkomne litteratur. De opstillede kriterier illustreres i bilag 8, for at vise processen af udvælgelsen af den fundne litteratur i databaserne.

4.4.3 Anden søgning

For at afdække problemets kerne og anvende litteratur til delvis besvarelse af forskningsspørgsmål 3, er der udført en systematisk litteratursøgning som i følgende udvalgte videnskabelige søgedatabaser: Embase, Cinahl, Pubmed, Cochrane, Sociological Abstracts og PsycInfo. Grunden til at Sociological Abstracts og PsycInfo er tilføjet i denne søgning er, at der er adgang til kvalitativ litteratur. Dydbegående begrundelse for valg af databaser kan ses i søgeprotokollen.

Også i denne søgning er der udarbejdet facetter, og denne søgning afviger fra den indledende søgning, da ønsket er at finde ud af, hvordan patienter kan aktiveres på hospitalerne ud fra et kvalitativt synspunkt. Derfor er der udarbejdet følgende facetter for denne søgning: indlagte patienter, fysisk aktivitet, intervention og kvalitative studier. Facetterne er udarbejdet ud fra den pågældende forforståelse hos projektmedlemmerne, og de problemer der er fremkommet i problemanalysen, og eksempelvis er ældre fjernet som facet, da processen gennem projektet har vist, at inaktivitet gælder alle patienter.

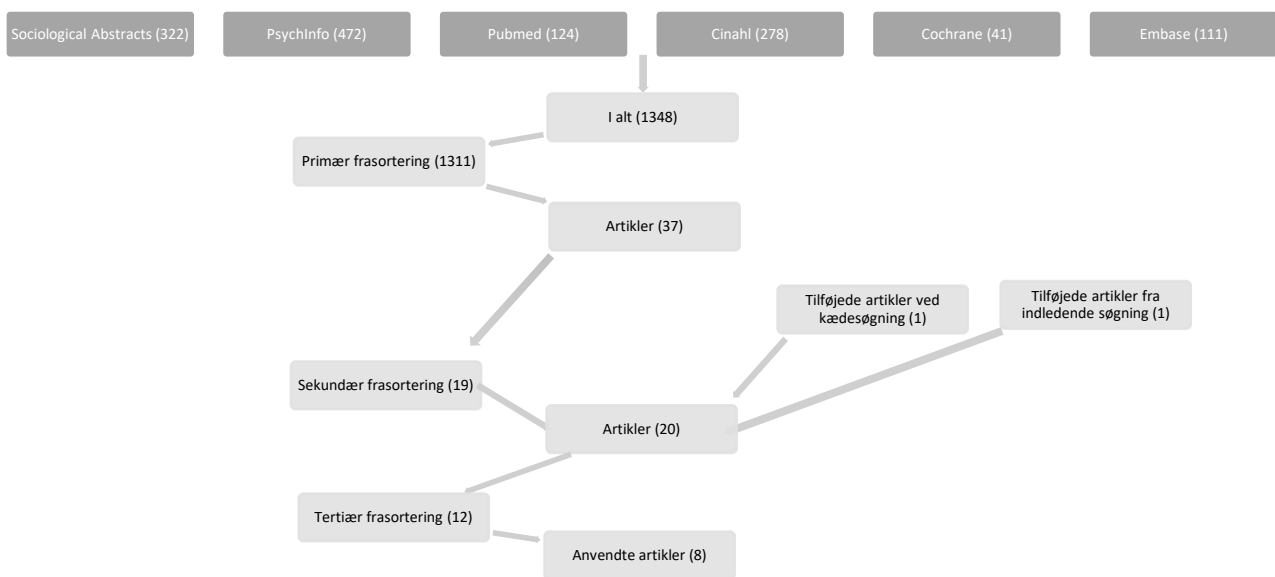
Ligesom i den indledende søgning er der i denne søgning forsøgt at oversætte danske fagtermer så præcist som muligt, og der er gennemgået hvilke ord der kan have samme betydning som de danske. Dette er gjort ved nærlæsning af beskrivelsen af fagtermerne i de forskellige databaser. Der er i flere tilfælde tilføjet fritekstord

for at få flere hits. Et eksempel på en facetsøgning i Pubmed kan ses herunder i tabel 2. Et fuldt overblik over alle søgninger kan ses i søgeprotokollen.

Tabel 2 – Facetsøgning for Pubmed

	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4	Hits
	Indlagte patienter	Fysisk aktivitet	Intervention	Kvalitative studier	
Pubmed (MeSH)	Inpatient OR "Patient"	Physical activity OR Motor activity	"Intervention"	Qualitative research OR "Qualitative*"	124

Som i den indledende søgning er der produceret et flowchart, hvilket kan ses i figur 8, for at illustrere udvælgelsesprocessen af artikler, der er relevante for besvarelse af forskningsspørgsmål 3.



Figur 8 - Flowchart over anden søgning

Grundet mange hits i Cochrane er der fundet mange systematiske reviews. I disse systematiske reviews er referencelisterne gennemgået for at finde artikler gennem en kædesøgning, hvilket også kan ses i flowchartet ovenfor. Yderligere er der i den indledende søgning identificeret studier med en intervention, hvorfor der også er tilføjet et studie herfra.

4.4.4 Udvalgelse og kvalitetsvurdering af litteratur fra anden søgning

Igen er artiklerne sorteret ved en primær, sekundær og tertiær udvælgelsesproces. Samme fremgangsmåde er fulgt som i den indledende søgning, dog med den forskel, at artiklerne skal besvare problemet i stedet for at danne ramme om udarbejdelsen af problemanalysen. Til kvalitetsvurdering af artiklerne anvendes tilhørende tjeklister. Til kvalitative studier anvendes CASP-tjeklisten, og selvom der hovedsageligt søges efter kvalitative studier, er det muligt at den kvalitative metode i studiet kan indgå i andre slags studier som f.eks. RCT-studier eller systematiske reviews. Til systematiske reviews anvendes PRISMA og til kvasiexperimentielle studier anvendes TREND. Det er muligt at en anden godkendt tjekliste kan anvendes i stedet for TREND, men projektgruppen har vurderet, at TREND er den mest udførlige og indholdsrige. STROBE tjeklisten er anvendt til kohortestudier. Udover tjeklisterne vurderes hver artikel af begge projektmedlemmer ift. vigtigheden af punkterne på tjeklisterne. Det vil sige, at selvom en artikel scorer lavt på tjeklisten, kan den godt vurderes at være brugbar f.eks. grundet en solid metodebeskrivelse. Alle udfyldte tjeklister kan ses i bilag 10 På denne baggrund indsættes artiklerne i analysen i et skema, hvor de kort opsummeres og design, formål, population, metode, resultat, og relevans gennemgås. I samme skema argumenteres der for, hvordan artiklen kan bidrage til udvikling af TEMP 3.

Som i den indledende søgning er der for den anden søgning opstillet inklusions- og eksklusionskriterier, hvilke har styrket udvælgelsesprocessen samt systematikken. En fuld liste over kriterierne kan ses i søgeprotokollen.

Kriterierne relaterer sig til det opstillede forskningsspørgsmål, hvor det ønskes at litteraturen kan bidrage til udvikling og eventuel forandring af 9Ø. Der ønskes en population der ligner den på 9Ø, hvorfor patienter med forskelligeartede lidelser inkluderes. Ligeledes ønskes kun voksne, da det er dem der er indlagt på 9Ø. Grunden til at studierne skal inkludere en intervention er, at den skal sammenlignes med TEMP 3, for at identificere ligheder og forskelle. Patienter med mentale sygdomme ekskluderes grundet et ønske om, at patienterne skal ligne de patienter der er interviewet i nærværende projekt, og der blev patienter med mentale sygdomme ekskluderet grundet et etisk perspektiv.

5.0 Resultater

5.1 Analyse af kvantitativ data

I følgende afsnit præsenteres først resultaterne fra SWA og derefter fremlægges resultaterne af afdelingens spørgeskema omhandlende fysisk aktivitet. Analysen af de kvantitative resultaterne sker på baggrund af forskningsspørgsmål 1, som lyder: Bidrager TEMP 3 til at fremme fysisk aktivitet for de skrøbelige patienter indlagt på 9Ø?

Der er ud fra forskningsspørgsmålet og den videnskabsteoretiske position opstillet en hypotese, der enten falcificeres eller får lov at stå pba. nedenstående analyse. Hypotesen er: TEMP 3 bidrager til mere fysisk aktivitet på 9Ø på trods af visse barrierer.

5.1.1 Analyse af SWA

I forestående analyse præsenteres der først et overblik over de demografiske data ved en tabel. Det er for at give et overblik over, hvilke data der analyseres på baggrund af. Derefter vil følge en tabel over deskriptiv statistik, hvor effekten af TEMP 3 undersøges på outcomevariable: antal skridt, MET, liggende timer, sovende timer. Derefter justeres interventionen for hhv. køn, alder og hjælpegruppe for at kontrollere for effektmodifikation og confounding. Tilknyttet analysen er p-værdier, og p-værdier <0,05 anses som værende signifikante.

I tabel 3 nedenfor præsenteres kontrol- og interventionsgruppe, og hvordan fordelingen er for hhv. alder, køn, mængden af hjælp behovet, BMI og BMR.

Tabel 3 – Demografisk fordeling over kontrolgruppe/interventionsgruppe

Demografisk fordeling af patienter N=42		
	Kontrolgruppe (N=21)	Interventionsgruppe (N=21)
Aldersgruppe 18-40 år (%)	1 (4,76)	2 (9,52)
Aldersgruppe 40-65 år (%)	6 (28,57)	9 (42,86)
Aldersgruppe 65+ år (%)	14 (66,67)	10 (47,62)
Mænd (%)	9 (42,86)	7 (33,33)
Kvinder (%)	12 (57,14)	14 (66,67)
Selvhjælp (%)	12 (57,14)	15 (71,43)
Let hjælp (%)	9 (42,86)	6 (28,57)
Gennemsnitligt BMI = Mænd (SD)	22,878 (2,576)	20,059 (1,652)

Gennemsnitligt BMI = Kvinder (SD)	21,036 (4,835)	20,233 (4,022)
Gennemsnitligt BMR = Mænd	1438,13/dag	1390,05/dag
Gennemsnitligt BMR = Kvinder	1209,38/dag	1169,01/dag

Ud fra tabel 3 ses det, at der i kontrolgruppen er flere ældre repræsenteret i aldersgruppe 65+. I interventionsgruppen fordeler alderen sig mere jævnt mellem de personer mellem 40-65 og dem der er 65+. Da skrøbelighed faciliteres af alder, kan det analyseres, at skrøbelighed potentielt er lavere i interventionsgruppen end kontrolgruppen. Der er både i kontrolgruppen og interventionsgruppen et større antal kvinder end mænd, og dermed fordeler data sig skævt på tværs af grupperne. I forhold til mængden af hjælp kan det ses, at der er flere i intervengruppen der er selvhjulpne (15) sammenlignet med kontrolgruppen (12). Igen fordeler data sig skævt på tværs af grupperne. Sammenlignes BMI og BRM i kontrol- og interventionsgruppen er de begge faldet. Dette kan skyldes tilfældigheder ift. patienterne der har haft SWA på, og hvor lang tid de har været indlagt, funktionsniveau mm. For BMI er der dog en forholdsvis høj standardafvigelse i både kontrol- og interventionsgruppe, og især hos kvinder, hvilket gør at estimatet bliver mere usikkert.

5.1.2 Signifikanstest

For at undersøge TEMP 3 er der udført forskellige statistiske tests, for at se, om der er forskel på aktivitetsniveauet før og efter impementering. De analyserede variabler, tilknyttede statistiske tests og p-værdier fremgår af tabel 4 nedenfor.

Tabel 4 - Statistisk signifikanstest - ^a=Mean, ^b=Mean score

Signifikanstest for om TEMP 3 virker (N=42)				
Variabel	Statistisk test	Kontrolgruppe (N=21)	Interventionsgruppe (N=21)	P-værdi
BMI	T-test	21,83 ^a	20,18 ^a	0,1590
BMR	T-test	1307,4 ^a	1242,7 ^a	0,3206
Antal skridt	Eksakt Wilcoxon Two-sample test	21,14 ^b	21,86 ^b	0,8564
MET	Eksakt Wilcoxon Two-sample test	18,167 ^b	24,83 ^b	0,0727
Timer liggende	T-test	10,33 ^a	8,64 ^a	0,1679
Timer sovende	T-test	7,34 ^a	6,27 ^a	0,2727

I tabellen ses det, at ingen af resultaterne er statistiske signifikante, da de alle har en p-værdi over 0,05. MET er tættest på at være signifikant med en p-værdi på 0,0727, men ellers er p-værdierne for resten af variablene relativt høje, og indikerer, at TEMP 3 ikke virker som ellers forventet.

5.1.3 Confounding og effektmodifikation

Der ønskes i analysen at kontrollere for confounding og effektmodifikation, for at se om der er andre faktorer end interventionen, der kan have indflydelse på aktivitetsniveauet på 90. Dette gøres ved en ANOVA analyse for ubalanceret data, da sammensætningen mellem kontrol- og interventionsgruppe er skævt fordelt. Ved interaktionsanalysen er der fremlagt de 3 covariate (køn, alder og hjælpegruppe) og deres separate p-værdi tilknyttet interventionen. Dernæst er der udført en justeret analyse, hvor justerede værdier for interventionen er præsenteret.

Der tjekkes i interaktionsanalysen for variablene: køn, alder og hjælpegruppe for at se deres indflydelse på resultatet for hhv. antal skridt, MET, liggende timer, sovende timer. Der er tilknyttet p-værdier for alle variable, og de p-værdier der står med **fed** er signifikante. Ved de signifikante resultater er der ydermere fremlagt forskelle mellem grupperne ved gennemsnit/dag. Dette for at illustrere hvilke grupper der er i størst risiko for inaktivitet.

Interaktionsanalysen er præsenteret i tabel 5 nedenfor.

Tabel 5 - Interaktionsanalyse

Interaktionsanalyse ved ubalanceret ANOVA								
	Antal skridt/dag	P-værdi	MET/dag	P-værdi	Liggende timer/dag	P-værdi	Sovende timer/dag	P-værdi
Køn		0,6766		0,4933		0,7903		0,2922
Aldersgruppe		<0,0001		0,1802		0,1586		0,7327
18-39 år	2782							
40-65 år	2372							
+65 år	235							
Hjælpegruppe		0,0005		0,0291		0,0043		0,0307
Selvhjælp	1739		1,24		8,22		5,98	
Let hånd	122		1,12		11,69		8,05	

Resultaterne fra tabellen viser, at aldersgruppen har indflydelse på antallet af skridt/dag. Især den ældre aldersgruppe tager et lavt antal skridt (235) sammenlignet med de to andre aldersgrupper der begge ligger på et dagligt gennemsnit over 2000 skridt.

Signifikante resultater ses også ved hjælpegruppe-variablen. De patienter der er selvhjulpne tager flere skridt (1739) sammenlignet med Let hånd-gruppe (122). Ligeledes ligger selvhjælpsgruppen på et højere MET/dag (1,24) sammenlignet med Let hånd (1,12). Selvom dette resultat er signifikant, ligger begge grupper lavt på MET-skalaen, og de ligger begge i den inaktive gruppe. De selvhjulpne tilbringer yderligere færre timer i sengen (8,22) end Let hånds-gruppen (11,69), og de selvhjulpne sover også et lavere antal timer (5,98) end Let hånds-gruppen (8,05). Det kan derfor ses, at især de patienter der er over 65 år, og befinder sig i gruppen med Let hånd er i større risiko for at være inaktiv end de selvhjulpne og yngre patienter. Det er også dette der kendetegner de skrøbelige patienter, hvorfor det især er de skrøbelige der er i større risiko for inaktivitet end de ikke-skrøbelige.

For at vurdere hvorvidt køn, alder og hjælpegruppe er effektmodifikatorer eller confoundere, inkluderes de i en justeret analyse for interventionen. Det kan ses, om de er effektmodifikatorer eller confoundere ved at sammenligne de signifikante p-værdier. Den justerede analyse præsenteres nedenfor i tabel 6.

Tabel 6 - Justeret analyse – ^a=Justeret for køn, ^b=Justeret for alder, ^c=Justeret for gruppe, ^d=Justeret for køn og alder, ^e=Justeret for køn og gruppe, ^f=Justeret for alder og gruppe, ^g=Justeret for køn, alder og gruppe

Justeret analyse ved ubalanceret ANOVA								
	Antal skridt/dag	P-værdi	MET/dag	P-værdi	Liggende timer/dag	P-værdi	Sovende timer/dag	P-værdi
Intervention ^a		0,8887		0,0106		0,2046		0,3053
Kontrolgruppe			1,14					
Interventionsgruppe			1,29					
Intervention ^b		0,2064		0,0937		0,5196		0,5170
Intervention ^c		0,7084		0,1232		0,2754		0,2605
Intervention ^d		0,2135		0,0748		0,6954		0,6746
Intervention ^e		0,8582		0,0202		0,2250		0,2159
Kontrolgruppe			1,13					
Interventionsgruppe			1,26					
Intervention ^f		0,3047		0,0723		0,2412		0,2140
Intervention ^g		0,7579		0,1539		0,2181		0,1353

I ovenstående justerede analyse er interventionen signifikant for MET/dag når der justeres for køn (p-værdi på 0,0106). Køn er derfor en effektmodifikator for MET/dag, da den for sig selv ikke er signifikant, men den gør p-værdien af interventionen signifikant og modificerer derfor effekten. Forskellen mellem kontrol- og interventionsgruppe er dog meget lille, og begge grupper ligger i det inaktive interval.

Sammenlignes p-værdier for hjælpegruppen i interaktionsanalyse med de justerede p-værdier, kan det ses, at ingen af p-værdierne for interventionen er signifikante. De er dog signifikante for alle fire variable, når hjælpegruppe står for sig selv, og derfor kan det være en indikation for, at hjælpegruppe kan være en confounder for antal skridt/dag, MET/dag, liggende timer/dag, sovende timer/dag. Aldersgruppe er i interaktionsanalysen signifikant for antal skridt, men interventionen er ikke signifikant for antal skridt, når der justeres for alder. Derfor kan alder indikeres at være en confounder for antal skridt/dag. Det kan ses, at når interventionen justeres for køn og gruppe bliver MET/dag signifikant ved en p-værdi på 0,0202, og der en lille forskel i MET/dag, men igen befinder begge grupper sig i det inaktive interval. Ved det resultat kan det ses, at køn og gruppe har størst indflydelse på interventionen, og højst sandsynligt mest køn, da den gør interventionen signifikant når der kun justeres for køn.

5.1.4 Analyse af aktivitetsskemaer

Grundet manglende indsamling og anvendelse af skemaerne på 9Ø, er der kun udfyldt 2 aktivitetsskemaer i dataindsamlingsperioden, og disse 2 skemaer er ikke repræsentative for en hel afdeling, hvorfor der ikke udføres statistisk analyse på dem. Det er af projektets forfattere estimeret, at der i dataindsamlingsperioden potentielt har været 50 skemaer, der kunne have dannet baggrund for en analyse, og samtidig er det formentligt heller ikke alle 50 skemaer der har været indsamlet af personalet på afdelingen. Derfor er et resultat heraf, at skemaerne ikke bliver brugt på afdelingen af hverken personale eller patienter.

5.1.5 Opsamling

Opsamlende viser resultaterne, at interventionen ingen indflydelse har på aktivitetsniveauet på 9Ø. Dette gør yderligere, at den opstillede hypotese, om at TEMP 3 øger det fysiske aktivitetsniveau på 9Ø, må forkastes på baggrund af disse resultater. Til gengæld er det tydeligt, at både høj alder og mængden af hjælp man har brug for under indæggelse influerer på det fysiske aktivitetsniveau. Dette relaterer sig til skrøbelighed, og denne patientgruppe blev i problemanalysen fremanalyseret at være den patientgruppe der er i størst risiko for fysisk inaktivitet, hvilket ovenstående resultater kan bekræfte.

Der er derfor, på baggrund af ovenstående resultater, potentiale for, at TEMP 3 kan udvikles ved analyse af patienternes oplevelser og hvad der eksisterer af effektive interventioner i litteraturen.

5.2 Analyse af kvalitative interviews

Nærværende analyse tager udgangspunkt i de 11 udarbejdede interviews med de indlagte patienter på 9Ø. Interviewene analyseres ud fra forskningsspørgsmål 2 og 3 som hhv. lyder:

2. Hvordan oplever patienterne interventionen TEMP 3, og mulighed for at benytte træningsaktiviteterne, samt fællestræningen?

3. Hvorledes kan patienternes perspektiv medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 i 9Ø?

Derfor opdeles analysen i muligheder og barrierer ifm. fysisk aktivitet under indlæggelse tilknyttet forskningsspørgsmål 2, og hvordan patienterne oplever mulighederne for at kunne udvikle TEMP 3, for at fremme fysisk aktivitet til besvarelse af forskningsspørgsmål 3. Inden analysen fremlægges, præsenteres en oversigt over de interviewede patienter og deres basale karakteristika i tabel 7:

Tabel 7 - Oversigt over interviewede patienter. Hjælp fremstiller graden af hjælp patienten er afhængig af for at udføre basale aktiviteter, SH=selvhjulpen, LH=let hånd

Navn	Køn	Alder	Hjælpegruppe
Dorte	Kvinde	19	SH
Sisse	Kvinde	47	SH
Anne	Kvinde	68	LH
Lennart	Mand	39	SH
Bettina	Kvinde	30	SH
Claudia	Kvinde	48	SH
Erik	Mand	68	LH
Frida	Kvinde	46	LH
Johnny	Mand	51	SH
Per	Mand	88	SH
Verner	Mand	83	LH

Alle patienter er anonymiserede, så det er fiktive navne der fremgår af analysen. Alle inkluderede citater er taget fra bilag 11, hvor den fulde analyse af udtalelserne også er tilgængelig.

5.2.1 Muligheder

Personalets hjælp

Ved analyse af mulighederne for at kunne dyrke fysisk aktivitet på 9Ø, er der fremanalyseret fortolkninger af patienternes udsagn. Dette vedrører f.eks. personalets påtale af fysisk aktivitet hos patienterne. Størstedelen af patienterne nyder godt af, at personalet opfordrer og 'nudger' til at komme ud af sengen, hente mad og gå nogle ture ned af gangene. Dorte udtaler bl.a.:

"(...)men det er tit så spørger de efter, når jeg har lagt i sengen, efter om jeg ikke vil gå med ud og kigge hvad der er af mad, og sådan de prøver at få mig lidt op og gå selv om at jeg har været meget bundet til sengen." Dorte.

Udtalelser som denne er med til at bekræfte, at personalets hjælp er en af de centrale faktorer ifm. at fremme fysisk aktivitetsniveau på afdelingen, for selvom patienterne måske ikke forbinder mad-hentning med fysisk aktivitet, opleves det positivt når de kommer op af sengen. Anne, der har balanceproblemer, synes enig med Dorte og siger:

"Jeg synes personalet er fantastiske til og, jo men også til at, men det gør de jo alligevel, ikke også ikke. Hvis man siger man gerne vil derhen, jamen du går med stok, skal jeg så hjælpe dig? Så tager de bakken, fordi så kommer man ud og går den tur. På den måde synes jeg personalet er gode. Det synes jeg de er."
Anne.

Dette tolkes til, at personalet er opmærksomme på hver enkel patients behov, og kan hjælpe med de udfordringer der er tilknyttet ikke at kunne gå eller komme ud af sengen. Modsat udtalelsen fra Dorte er dette dog et initiativ fra patienten selv, hvor Anne udtaler, at det er hende der spørger personalet om hjælp, og det tøver personalet ikke med.

Generelt ud fra interviewene kan det tolkes til, at personalets indflydelse er en af de vigtigste mulighedsdannende faktorer på afdelingen, men det er ligeledes sammenhængende med, hvordan patientens funktionsniveau er. For eksempel føler Per, at hans funktionsniveau er rigtig fint, men han kan sagtens se idéen med nudging hos de lidt svagere patienter, som måske lige skal have det sidste skub for at komme igang. Ligeledes hænger accepten af personalets hjælp sammen med, om patienterne selv har motivationen for at kunne komme ud af sengen. Claudia siger:

"Mit helbred selvfølgelig, hvordan man føler sig når man er aktiv. Men har en helt anden indstilling, man bliver mere positiv og verden ser helt anderledes ud når man er fysisk aktiv. Så det er meget motiverende, men det er et spørgsmål om prioriteter." Claudia.

De muligheder der eksisterer for patienterne synes således afhængige af, hvad patienterne har af personlige præferencer, som bl.a. er en del af deres dagligdag hjemmefra. De personlige præferencer reflekteres der også over hos Bettina, der har oplevelsen af, at hun ikke vil dyrke fysisk aktivitet når hun er indlagt, da hun til hverdag med, egne ord, er aktiv nok. Undtagelsen er dog, hvis personalet opfordrer, Bettina til at træne, så vil hun gerne. Dette viser, at fysisk aktivitet både i høj grad er afhængig af personlige præferencer, men også af fagpersonalets anbefalinger. Selv hos de mere skrøbelige patienter som Verner, er den selvdrevne motivation vigtig, og Verner mener bestemt, at han vil anvende træningsfaciliteterne såfremt hans helbred tillader det:

”Ja det er der. Jeg har også overvejet at, i det øjeblik jeg kan for min ryg så må jeg hellere igang med cyklen så længe jeg er her. Jeg regner da ikke med jeg skal blive her så mange dage.” Verner.

Ovenstående udtalelse viser, at de skrøbeligere patienter også kan have motivationen, men desværre oplever patienter også, at helbredet går udover muligheden for at kunne komme ud af sengen.

Pårørendes rolle

En af de patienter, der mener at den vigtigste mulighed for fysisk aktivitet er egen motivation, er Sisse. Hun har i mange år haft kronisk sygdom, og derfor har hun fundet ud af, at når hun er indlagt, skal hun ud af sengen med det samme. Den motivation er skabt af hende selv og hendes far, og det leder videre til, at pårørende også har en indflydelse på patienternes aktivitetsniveau.

”(...)at hvis du nu kommer hurtigere ud af sengen og du begynder at spise, jo hurtigere kan du komme hjem. Og det har jeg så prioriteret lige siden. Så har jeg det sådan, jamen hver gang jeg bliver opereret så er det bare ud af sengen uanset hvor stor operationen har været. Så er det bare ud på gulvet.” Sisse.

Dette citat viser præcis, hvordan Sisse motiveres, og forud for dette svar har hun inkluderet sin far som motiverende faktor. Dorte, Bettina, Frida, Johnny og Per er enige med Sisse i, hvordan pårørende spiller en vigtig rolle i at komme ud af sengen. De har alle deres metoder når pårørende kommer, eller de motiveres til fysisk aktivitet ved at kunne komme hjem til de pårørende i eget hjem efter udskrivelse. En personlig mulighed for fysisk aktivitet oplever Bettina:

”Nej vi har ikke snakket om det med at være fysisk aktiv, men vi har altid en regel med at jeg går ned i indgangshallen og tager imod dem når de kommer.(...) Ja det gør de jo, ved at vi mødes dernede. Så er vi god til ikke at gå herop igen, men finde en bænk og sætte os eller et eller andet.” Bettina.

Ud fra dette kan det ses, at aftaler med de pårørende er vigtige for Bettina at overholde, og de er med til at holde hende i gang. For Johnny gør de pårørende andre ting, som f.eks. at nudge ham. Han oplever ikke personalet som en motiverende faktor, men derimod kan de pårørende hjælpe ham igang, og sige at han skal

ud og gå med dem, og så kan de hjælpe ham, og det samme oplever Frida, der kan se kløften mellem at have pårørende til at hjælpe sig eller ej:

”Ja det er rigtigt, og her den anden dag så jeg da nogle af de ældre være ude og gå, mens min mand var her. Der kunne de jo ikke gå så langt, og måtte sætte sig ned på halvvejen, og jeg havde jo min mand ved min side, så kunne han jo hjælpe mig lidt længere, så derfor synes jeg helt klart også, at pårørende spiller en rolle i motivationen.” Frida.

Dette citat underbygger argumentet for, at de pårørende bestemt giver mulighed for at patient kan klare mere end normalt under indlæggelse. Ligeledes udtrykker det, at nogen ikke får den hjælp af personalet de har brug for, for at være fysisk aktive. Det er tolket, at pårørende spiller bestemte roller for patienterne, men samlet set, motiverer de til, at patienterne kommer ud af sengen og enten går en tur eller sætter sig i en stol og snakker.

Kendskab til faciliteter

En tredje mulighed, for patienterne, findes i det udstyr der er på afdelingen. Kendskabet til træningshjørnet, fredagstræning og aktivitetsskema er begrænset, men de patienter, der kender til det, mener bestemt, at det kan motivere til at komme igang. Lennarts kendskab til både træningshjørne og fredagstræning har gjort, at han har været med til fredagstræningen to gange, og han har flere gange trænet selv:

”Ja 2 gange(...) Ja jeg brugte cyklen.” Lennart.

Lennart er den eneste af de interviewede der har anvendt cyklen, men flere patienter giver udtryk for, at det er en god idé at have den stående på afdelingen. Lennart er ligeledes godt gående og langtidslidende, og derfor kan det tolkes, at patienter som ham, kommer ind i en slags dagligdagsrutine på afdelingen, og derfor deltager han ligeledes i de forskellige aktiviteter der er. Dorte nævner, at muligheden for at anvende motionscyklen er stor pga. den lave anvendelse af den i forvejen. Hun kan godt finde på at bruge den efter at være kommet til kræfter igen. Fire af patienterne kender til de muligheder der er på afdelingen, og for dem er det positivt, at det er tilgængeligt, men der er dermed stadig syv patienter, der ikke oplever reel mulighed for at anvende det, hvilket analyseres i 'barriere-afsnittet' længere nede.

De patienter, der har deltaget i fredagstræning eller observeret, har ligeledes mærket og set, hvad det kan gøre for dem, og derfor tolkes denne træningsform til at være en god mulighed for, at personalet kan aktivere patienterne. De patienter der har fået udbytte af det, er dog de patienter, der er indlagt i længere tid af gangen, mens patienter der kun er indlagt få dage måske ikke får muligheden grundet en enkel træningsdag. Selvom træningsformen er mulighedsdannende for fysisk aktivitet, er det kun en fåtal af patienterne, der har deltaget i det. Anne siger ellers:

”Der så jeg da, hvordan der var en 4-5, godt nok mænd, der holdtrænede, jeg synes det var fint, at det var på deres niveau de laver det.” Anne.

Dette citat viser, at patienterne rent faktisk oplever, at de har mulighed for at træne på det niveau de selv er på. Dog anvendes hjørnet i ringe grad, men grunden herfor analyseres i 'barriere-afsnittet'.

Omgivelser

En sidste motiverende faktor, der giver patienterne mulighed for at komme ud af sengen, er de tilhørende omgivelser. Patienterne er glade for udsigten oppe på afsnittet, og de patienter, der har mulighed for at gå udenfor, nyder ligeledes naturen, når de sidder derude. Sisse, der er godt gående, siger:

”Altså jeg har gået rigtig meget. Det gør jeg fordi, når vi har spist så går jeg gerne en 3-4 gange op og ned af gangen. Så går jeg ned i forhallen, så står jeg ude ved et hjørne et sted og kigger på noget naturen og nyder det gode vejr og sådan lidt. Det gør jeg meget.” Sisse.

Dette citat er udtryk for analysen ovenfor, og er sammenlignelig med Bettinas følelse af, at tiden på hospitalet kan bruges til udforskning og at være udenfor og trække frisk luft. Dette giver grobund for, at omgivelserne sagtens kan fungere som en mulighed for at komme ud af sengen. Personalet anvender også udsigten som en motiverende faktor for patienterne, hvor Dorte oplever, at hun flere gange er blevet opfordret til at komme op af sengen og tage et kig på udsigten.

I ovenstående afsnit er der analyseret fire overordnede muligheder for patienternes fysiske aktivitetsniveau: personalets hjælp, kendskab til afdelingens faciliteter, pårørendes rolle og omgivelserne. Det skal dog nævnes, at mulighederne eksisterer forskelligt alt efter patienternes behov og oplevelser, men de overordnede muligheder der kan arbejdes med er de fire ovenstående, som går igen hos mange patienter.

5.2.2 Barrierer

I følgende afsnit analyseres de elementer, patienterne oplever som værende barrierer, for at fremme deres fysiske aktivitet. Afsnittet tager udgangspunkt i fire overordnede temaer, da disse er de mest repræsenterede elementer, som patienterne oplever som barrierer.

Manglende information fra personalet

Barriererne er mere prævalente hos størstedelen af patienterne, modsat mulighederne som er mere differentierede. En af de barrierer, der betyder mest hos patienterne, er den manglende information fra personalet om, hvad der findes af træningsmuligheder på sengeafsnittet, og ligeledes manglende information om, hvorfor fysisk aktivitet kan hjælpe dem, mens de er indlagt. Alle patienter på nær Dorte har selv skulle opdage, at træningshjørnet eksisterer, og dette er en klar barriere for de patienter, der kunne være motiverede til at anvende det. Bettina, der er frisk nok til at komme ud af sengen, siger:

”Nej overhovedet ikke. (...) Ja, jeg opdagede det egentlig sidste gang fordi jeg blev lagt på gangen dernede.”

Bettina.

Citatet viser, at Bettina har været indlagt over flere gange, men hun har først stiftet bekendskab med træningshjørnet, da hun ved overbelægning blev placeret dernede. Den manglende information fra personalet resulterer i en klar barriere for, at patienterne kan bruge udstyret. Frida har det på samme måde, og hun blev også først klar over det, fordi hun lå på stuen lige ved hjørnet. Johnny har også været indlagt over flere gange, og hans udtalelser viser det samme, hvor han giver udtryk for, at personalet intet har fortalt ham om motionscyklen, og generelt de aktiviteter der eksisterer:

”Men de andre gange synes jeg ikke at sygeplejerskerne de sådan har nævnt motionscykel og det.(...) Næ, jeg kan ikke lige komme i tanke om noget.” Johnny.

Manglende information er som sagt en barriere der går igen hos alle patienter, og Sisse har en klar barriere, der kan være en hindring for patienter på afdelingen pga. stomipose. Hun har ikke fået af vide, hvad fredagstræningen handler om, og derfor er hun bange for, at hendes stomi vil falde af. Hvis denne information havde været tilgængelig, havde det måske motiveret patienter som Sisse til at være med i fredagstræningen i stedet for bare at kigge på:

”Ja eller man skal hoppe, eller et eller andet. Der er jo nogle der er dårligt gående ikke? Og nogle har jo stomi heroppe, så det er jo sådan lidt hvis man skal hoppe og sådan noget, så er man jo bange for at posen hopper af. Som jeg også selv har ikke? Det er også nogle af de ting man skal tænke over: nej kan jeg nu være med. For sagde de til en at det er noget med at sidde på en stol, stå bagved en stol og sådan nogle småting, som alle kan klare, så er jeg også overbevist om, at mange flere ville være med.” Sisse.

Citatet er sigende ift. hvad den store mangel er på afdelingen: nemlig information fra personalet omkring, hvad der eksisterer af muligheder for at være fysisk aktiv, og hvad træning reelt set indebærer. Den manglede information resulterer i barrierer for fysisk aktivitetsudøvelse. Dette gør sig også gældende til fredagstræningen, hvor Sisse har oplevet en situation, der begrænser patientens udfordring når de faktisk udfører fysisk aktivitet:

”Og han sagde at han godt kunne have brugt nogle håndvægte, og spurgte efter dem og ham der stod for det sagde, at det skulle han nok få, men han lod dem jo bare ligge nede i skuffen, så han fik dem jo aldrig.(...) Nej, og han sagde at han er så tynd og afkræftet, at han godt kunne tænke sig at få gang i de muskler, og så sagde han: har du ikke nogle små håndvægte? Jo det havde han, men når han ikke får dem udleveret, hvordan skal han så kunne træne? De havde også nogle bolde med, men dem brugte de heller ikke og det undrede mig lidt” Sisse.

Dette eksempel viser en problematisk situation, hvor informationen der gives til patienten ikke bliver fulgt op på. Han spørger specifikt efter håndvægte, og får lovning på dem, men han får dem aldrig. Ligeledes kan det virke besynderligt, at have materiale med til fredagstræningen som ikke bliver anvendt, men det tolkes til at være grundet personalets vurdering af deltagerne, og hvad de kan klare. Mange af patienterne kender heller ikke til muligheden for at deltage i fredagstræning, og det er noget, de selv har skulle finde ud af gennem de flyers der hænger på afdelingen. Der har patienter som Sisse, Anne, Johnny og Claudia oplevet det som en barriere, hvor de faktisk giver udtryk for, at de ikke har vidst noget om fredagstræningen før langt inde i deres indlæggelse.

Udover den manglende information, ifm. hvilke muligheder der eksisterer for patienterne, oplever patienterne også, at de ikke har fået noget af vide om aktivitetskemaet, jf. 4.2.3 Spørgeskema om fysisk aktivitetsniveau, på afdelingen. Kun to patienter kender det, men de føler ikke, at de får udbytte af det, fordi de er for friske til at basale bevægelser skal krydses af. Personalet mangler simpelthen at informere om, hvad skemaerne skal gøre godt for, for ingen af patienterne har fået det af vide, men Per er overbevist om, at de bruger det, for ellers ville det ikke blive produceret:

”Men ja de bruger det selvfølgelig til noget, ellers ville der ikke være nogen grund til at lave det.” Per.

Per har ikke eksplicit fået af vide, at skemaet anvendes, men han er rationel og siger, at selvfølgelig bruges det, når man bruger tid på at lave, printe og dele det ud. Det er endnu et eksempel på den informationskløft der er mellem personale og patient.

Placering af træningshjørnet og ressourcer

En anden barriere ifm. træningshjørnet er placeringen af det. Patienterne oplever, at det står gemt væk bag en plante, og placeringen nede i bunden af afdelingen er ikke optimal ift. anvendelse af det. Lennart oplever, at

placeringen af træningshjørnet både er til hinder pga. førnævnte plante, men overbelægning skaber også både et positionelt og etisk problem for patienterne i anvendelse af det:

”Hvorimod i weekenden der var der 5 senge dernede og der var den slet ikke til at se. Plus der står en store plante dernede.” Lennart.

Her bliver placering af træningshjørnet en barriere både pga. det begrænsede udsyn til det, og valget af overbelægning lige ved siden af hjørnet. Dorte oplever også, at overbelægning kan være en barriere for om træningshjørnet kan benyttes. Hun har også oplevet overbelægning, selvom hun har været indlagt i kort tid, og det har i den grad været med til at etiske dilemmaer bliver en faktor for hende:

”Nu så jeg her tidligere at der lå en helt nede direkte ved siden af den cykel, så jeg tænker at det kunne måske være noget der gjorde at man holdt sig lidt fra det. Fordi man vil jo heller ikke forstyrre hende(patienten i sengen ved cyklen), når hun sådan har fået plads der ind til videre. Fordi hvis hun er træt og gerne vil sove, så nytter det jo ikke noget at jeg ned og larmer og jeg ved ikke hvad.” Dorte.

Her opleves der af Dorte en medmenneskelig dimension, hvor den person der ligger ved siden af træningshjørnet har en privat sfære, der ikke skal brydes, og når placeringen af sengen er ved siden af træningshjørnet, vil overbelægningen forekomme som en barriere. Dette er dog en ressourcemæssig konsekvens, da personalet får flere patienter ind, end der er plads til, og lige præcis ressourcerne er også en barriere, som flere patienter oplever i form af personalets tid til den enkelte patient. Mange af patienterne savner nærvær, og de savner lidt udover personalets ’normale’ arbejdsrutiner. I forlængelse af, at han intet har hørt om fysisk aktivitet, giver Erik et overblik over, hvordan personalet løber rundt på gangene for at kunne følge med:

”Ikke noget. Den er så stresset i vore dage. Nu har jeg ligget her i 2 nætter, og de løber hele tiden og kan ikke følge med alligevel.” Erik.

Frida synes helt enig med Erik, og giver et eksempel på en aften, hvor der har været overbelægning, og samtidig sympatiserer hun med sygeplejerskerne, da deres vilkår ikke er optimale. Hun bruger et eksempel fra aftensmaden, hvor personalet ikke har haft tid til at hjælpe alle patienter, der ikke har kunne hente mad selv. Hvis der er ressourcemangel i så basale funktioner som at hente mad til patienterne, kan det tolkes, at der også vil være ressourcemangel i hjælp til fysisk aktivitet. Frida siger:

”Ja min vurdering af opholdet her, så vil jeg mene at de slet ikke har tid til at hjælpe altså. Altså sådan en aften som i går var frygtelig. Der var så overfyldt. Nu skulle jeg jo så hjem der ved 20-tiden, men der ved aftensmaden var der slet ikke tid til alle patienter, og patienterne fik ikke den tid de skulle have. Men jeg synes godt nok det er synd for personalet, at de har så travlt.” Frida.

Dermed mister patienter potentielt set en tur ud af sengen, da personalet ikke har den fornødne tid til at følge patienterne frem og tilbage fra stuen til madvognen. Ressourcemangel bliver dermed en barriere for fysisk aktivitet, specielt for skrøbelige patienter.

Smerter

En tredje barriere som især de skrøbelige patienter oplever er smerte. De er meget ramt af smerte, og de føler ikke, at de kan komme ud af sengen selv med personalets hjælp. I sådanne situationer er det svært at vurdere, hvordan de kan aktiveres, da deres smerte fungerer som en klar barriere for bare at komme ud af sengen. En patient der vurderer sig selv som værende rigtig dårlig fysisk er Claudia. Hun har mange smerter i benene og siger:

”Mit fysiske helbred er meget dårligt lige nu, jeg har meget meget smerter i mine ben og jeg kan ikke bevæge mig rundt på afdelingen. Så jeg har rigtig meget brug for hjælp.” Claudia.

Hun giver udtryk for at smerterne i benene gør, at hun ikke kan klare at bevæge sig rundt på afdelingen, og det kan tolkes, at når personalet alligevel har problemer med at følge med og have tid til alle patienter, vil Claudias ønske om at få rigtig meget hjælp potentielt ikke kunne blive opfyldt. Hun er også bange for, om hun kan lade være med at gøre det værre. Verner har ligeledes rigtig mange smerter og er sengeliggende, og han vurderer også, at han ikke vil have mulighed for at kunne udføre noget fysisk aktivitet. En patient har dog bragt en potentiel løsning op, som præsenteres i udviklingsanalysen. En barriere der ligeledes knytter sig til enkelte patienter, er at gå med dropstativ. Da 9Ø er en medicinsk afdeling, må det formodes at mange af patienter skal have forskellig væske ind i kroppen og derfor går med dropstativ. Men dropstativet begrænser patienterne i f.eks. at kunne hente mad, for de kan ikke bære bakken samtidig med at de bruger dropstativet. Det mener både Sisse og Lennart, og Lennart siger:

”Når man går med dropstativ har man ikke mulighed for at gå med madbakker” Lennart.

Mangel på instruktioner

En sidste barriere for udførelse af fysisk aktivitet er manglende instruktioner fra personalet ift. anvendelsen af udstyret. Mange af patienterne er ældre og er ikke fortrolige med redskaberne til fysisk aktivitet, og de efterspørger, at personalet godt kunne vise nogle øvelser forbundet til udstyret. At de ikke gør det tolkes til, at være en barriere for visse patienter, der i forvejen er svage, og som skal have hjælp til udførelse af øvelserne.

Ovenstående viser, at de barrierer der eksisterer for fysisk aktivitet på 9Ø er: manglende information fra personalet, placering af træningshjørnet, manglende personale ressourcer, smerte og manglende instruktioner fra personalet. Derfor vil det være relevant at kunne udvikle TEMP 3 på en måde, så et eller flere af disse områder adresseres.

5.2.3 Udviklingspotentiale

Følgende afsnit tager udgangspunkt i patienternes ønsker og tanker om udviklingspotentialet af TEMP3 med særligt henblik på at fremme fysisk aktivitet. Afsnittet opdeles i fire overordnede temaer som patienterne gerne ser en udvikling af, de tre første dele vil bestå af de tre mest repræsenterede forslag mens den afsluttende del vil fokusere på de mindre repræsenterede forslag.

Placering

Flertallet af patienter har forslag til hvad afdelingen kan gøre for at udvikle TEMP 3 og dermed fremme fysisk aktivitet under indlæggelsen. Disse udviklingstiltag er som oftest opstået på baggrund af egne erfaringer med fysisk aktivitet eller gennem samtaler med andre patienter.

Mange patienter oplever først at få kendskab til træningshjørnet efter flere dages indlæggelse. Dette kan tolkes som en konsekvens af flere af de ovenstående barrierer. Den nuværende placering begrænser patienter, der har svært ved at komme ud af sengen eller patienter, der har stue langt fra træningshjørnet. Yderligere nævner patienter, at træningshjørnet er gemt væk bag en stor plante, og at overbelægning på gangene skærmer for udsynet til træningshjørnet. Dette har givet grobund for ønsket om en mere central og synlig placering af træningshjørnet. Dette ses f.eks. når Per udtaler:

”Jeg var faktisk lidt overrasket over at der var en cykel hernede. Altså ikke nu, men tidligere, hvor jeg var henne for at se udsigten. For den plante står jo i vejen” Per.

Pers udtalelser viser, at han gerne ser, at cyklen gøres mere tydelig, men om cyklen og træningshjørnet skal flyttes, eller om det er planten der skal rykkes har Per ikke nogen mening om. Det centrale er dog, at træningshjørnets placering i bunden af afdelingen ikke er optimal og dermed begrænses patienternes mulighed for fysisk aktivitet. Dette er Sisse ligeledes enig i, men hun har heller ikke et konkret bud på en ny placering. Et lidt mere konkret bud på cyklens placering, for at løse problemet med den nuværende placering, kommer fra Dorte:

”Jeg ved ikke lige om det skal være sådan lige ved opholdsstuen, men sådan at der var nogle andre omkring en man lige kunne snakke med, eller i hvert fald se noget TV, eller sådan et eller andet.” Dorte.

Dorte ser altså gerne, at cyklen placeres mere centralt, så det er muligt at kombinere med enten en social aktivitet, eller så det er muligt at se tv. Dette forslag lægger op til, at cyklen enten skal stå ved et naturligt samlingspunkt, som eksempelvis opholdsstuen eller placeres i kombination med et tv. Dette kan tolkes, at Dorte gerne vil mindske den eventuelle kedsomhed, som opstår, når man sidder og cykler alene.

Lennart, som grundlæggende er enig i kritikken af cyklens placering, kommer med et mere konkret forslag til at løse cyklens placeringsproblematik:

”Ja jeg mener den burde stå ude ved elevatoren, så det var den man så og så vidste man den var her. (...)men i og med den måske stod i det gang areal mellem elevatoren og gangen så ville folk spotte den og så ved de den er der.(...) Og som jeg ser det skulle den så være i den anden ende af huset så du ligesom ser den når du kommer ind, så gæsterne ser den, og de eventuelt kan tage 30 min med patienterne sammen.”

Lennart.

Lennart mener den manglende anvendelse af cyklen, som han er den eneste forbruger af, opstår fordi de flest patienter simpelthen ikke har kendskab til den. Derfor forslår han som flere andre at cyklen skal rykkes. Forslaget betyder dog at cyklen potentielt set skal rykkes ud af afdelingen og ud på gangen nær de centrale elevatorer.

Patienterne er generelt enige om at den nuværende placering af træningshjørnet ikke er optimal. Dette har resulteret i ovenstående udviklingsforslag som dog svinger i hvor konkrete de er.

Information

Flere patienter nævner, at de ikke føler de får den fornødne information, de skal bruge for at være fysisk aktive på et niveau deres sygdomstilstand tillader. Dette afsnit tager udgangspunkt i de forslag, der drejer sig om formidlingen af information rettet mod de muligheder patienterne har for at være fysisk aktive. Typisk retter disse forslag sig mod den manglende information om træningshjørnet samt fredagens fællestræning. Flere patienter nævner, at deres sygdom og lidelser har en direkte betydning for deres aktivitetsniveau. Dette begrænser dem i deres nuværende muligheder for aktivitet. Et eksempel på dette er, når Sisse i følgende citat nævner frygten for ikke at kunne deltage i fællestræningen fordi hun ikke ved hvad der skal foregå;

”Det er også nogle af de ting man skal tænke over: nej kan jeg nu være med. For sagde de til en at det er noget med at sidde på en stol, stå bagved en stol og sådan nogle småting, som alle kan klare, så er jeg også overbevist om, at mange flere ville være med. Og det synes jeg mangler lidt, noget ordentligt information.

(...)Jamen det gjorde heller ikke, og det savnede jeg, for så ville jeg gerne have været med, da jeg så hvordan det foregik. Men nu var de gået i gang og så ville jeg ikke rigtig blande mig, men altså. Det savner jeg sådan lidt, at uanset om man så har stomi eller kunstig ernæring, at man får af vide, at man godt kunne være med.” Sisse.

På en afdeling hvor flere har patienter er skrøbelige, har stomi eller døjer med barrierer som smerter, jf. ovenstående afsnit om barrierer, er det centralt, at patienterne er informeret om, hvad der kommer til at foregå

og intensiteten af fællestræningen. Dette underbygges af Claudia, som ligeledes savner lettere tilgængelig information om afdelingens tilbud. Hun foreslår, at informationen om 9Øs tilbud samles på en centralt placeret opslagstavle, og her kunne ligeledes samles konkret information om f.eks. fællestræningens intensitet og mål om at inkludere alle patienter.

Yderligere savner patienterne generelt mere information om træningshjørnet, og de muligheder for fysisk aktivitet der er tilgængelige. Udover den manglende viden om selve træningshjørnet, så ved de færreste af patienterne, at det er tilladt at låne elastikkerne med ind på stuen og tage med hjem efter indlæggelsen. Dette kan potentielt skabe muligheder for sengeliggende patienter eller patienter der døjer med andre problemer, som begrænser dem i at komme ud af sengen. Frida nævner f.eks.:

”Det ville være virkelig godt for mig, for jeg har dårlig ryg. Jeg har sådan et derhjemme” Frida.

Manglende information om mulighederne for lån af materiale går dermed ud over patienter, der sagtens kan udføre øvelser i sengen. Det samme oplever Verner:

” Så købte jeg sådan en til at kunne strække ud. Den satte jeg lige her, og så sad jeg i sengen og så (demonstrerer øvelse)” Verner.

Det ses her tydeligt, at patienterne savner mere information om, hvad de må og kan på afdelingen. Slutteligt kan Johnnys citat konkludere:

” Hvis man havde fået det af vide når man kom ind kunne det godt være, at det kunne have gjort noget.”
Johnny.

Dette viser, at mere information ikke altid er en garant for mere fysisk aktivitet, men ingen patienter har nævnt mere information som en barriere.

Udbud og differentiering

Flere patienter savner et større udbud af aktiviteter og redskaber til at fremme deres fysiske aktivitet. Dette kan ligeledes ses i de barrierer, patienterne nævner, og det er derfor naturligt at se på disse forslag, da de direkte har indflydelse på de nævnte barrierer. Det mindst konkrete bud kommer fra Bettina, som generelt efterlyser flere ting at lave på afdelingen. Bettina synes tiden som indlagt kan blive lang og kedsommelig. Dette ses også i de forslag, de resterende patienter kommer med, og Sisse og Anne nævner eksempelvis, at de gerne ser, at der er bolde til rådighed. Sisse og Anne kommer ligeledes henholdsvis med forslag til hvordan disse kan anvendes:

” Måske også noget med nogle bolde, og så motivere noget med at man skal gøre noget med armene, fordi man bliver slap når man er indlagt. Så at kunne kaste lidt bold til hinanden, (...)” Sisse.

og Anne:

”Og jeg kunne også savne nogle små bolde, dem der med pigge på. Når man har problemer med hævet ben eller andet, så er de et utroligt behageligt ting og sidde og køre med. Det ville jeg i hvert fald synes, jeg har tænkt på dem” Anne.

Boldene kan altså anvendes til mere motiverende øvelser, som også lægger op til samarbejde mellem patienterne. Yderligere kan boldene også anvendes til andet end fysisk aktivitet som f.eks. hævede eller ømme muskler. Anne savner også, at afdelingens udbud af materiale omfatter en ribbe, som patienter, der dør med balancen, kan anvende i kombination med stepbænken. En ribbe kan ligeledes anvendes af de friske patienter til mere end blot at holde balancen. Yderligere foreslår Sisse, at udbuddet af redskaber kan omfatte håndvægte med forskellige vægt. Disse kan ligeledes anvendes i sengen og er mere mobile end cyklen og stepbænken. Dette understøtter Claudias udtalelse:

”Også nogle redskaber inde på stuen, som er nemt tilgængelige.” Claudia.

Flere redskaber vil ligeledes betyde flere valgmuligheder og som resulterer i flere differentieringsmuligheder. Netop at få differentieret mellem patienterne savner flere af de interviewede patienter. Lennart oplever, at der er stor aldersmæssig spredning på de indlagte patienter og anerkender, at det ikke er nemt at samle patienter i alle aldersgrupper. Lennart kommer derfor med følgende forslag:

”Fordi sådan en afdeling her hedder måske i snit 50-80 år ligger der så nogle på 25 her så kunne det være rart socialt og fysisk og måske at kunne samles 30 min om dagen.” Lennart.

Dette forslag kan udvides og gælde flere afdelinger i tilfælde af, at der ikke er nok patienter på hver afdeling. Denne form for differentiering kan ligeledes udføres mht. patienternes eksisterende funktionsniveau, og differentieringen kan suppleres med flere redskaber og dertilhørende øvelser. Flere patienter savner ligeledes, at der tages hensyn til deres fysisk tilstand, og på denne baggrund vurdere, hvad patienterne har brug for og er i stand til. Det ses f.eks. i interviewet med Frida, som udtaler:

”Måske prøve, hvis det er en person der er på det punkt fysisk, skal vi lige prøve og hjælpe dig ned” Frida.

Dette underbygges af Verner, der mener det hele tiden er relevant at vurdere sine kræfter og først på baggrund af denne vurdering, skal man opsætte mål for sin aktivitet. Dette kan og skal gøres af både patienter og personale og gerne dagligt, så alle patienter ikke tilbydes de samme øvelser og materiale.

Et øget udbud vil naturligt give flere differentieringsmuligheder, og ligeledes savnes også tilbud rettet mod forskellige aldersgrupper.

Yderligere udviklingsforslag

I følgende afsnit præsenteres nogle af de forslag, der ikke er delt af flere patienter, men som stadig vurderes at være relevante for afdelingen og muligheden for at fremme fysisk aktivitet.

Erik, som generelt ikke har haft den store motivation til at motionere under sin indlæggelse, foreslår med baggrund i familiære erfaringer at:

”Jeg har en bror der begyndte at motionere, og han kedede sig når han gik rundt om Hjallerup sø, men så efter han fik sådan nogle høretelefoner og fik indspillet nogle bøger, kedede han sig ikke. Og så kunne han fortælle om det ene og det andet, fra de der bøger der blev læst op. Det tror jeg er den rigtig måde at gøre det på.” Erik.

Dette forslag er dog ikke et forslag alle patienter vil finde motiverende til at dyrke fysisk aktivitet, men at kunne låne bånd, cd'er, mp3-filer eller høretelefoner med f.eks. lydbøger eller lokalhistorier vil ligeledes afhjælpe den kedsomhed enkelte patienter oplever. Der kan i samme forbindelse laves auditive guides rundt på sygehuset, som der findes ved flere museer, som man som patient kan gå rundt og lytte til. Claudia fortsætter synes enig med Erik, og hun foreslår, at man kan samles omkring fysiske øvelser på fjernsynet. Sygeplejerskerne kan samle de patienter, der er friske nok og sætte en video på med øvelser:

”Ja en sygeplejerske kunne komme og tilkalde alle dem som kan fra værelserne, så kan hun sætte et bånd i fjernsynet og så kan man selv lave med, det kræver ikke så mange ressourcer.” Claudia.

Som Claudia selv påpeger, er det en god ide med aktiviteter, der ikke er så ressourcekrævende, hvilket Claudias forslag ikke er. Det kræver dog, at øvelsesvideoerne er differentierende så flest muligt kan deltage.

Der kan ligeledes være flere sjove muligheder på afdelingen, og ovenfor er der nævnt bolde som evt. kan skabe noget socialt omkring aktivitet under indlæggelse. Lennart kommer f.eks. med et forslag omkring at hænge en darts kive op. Han anerkender dog, at det ikke lægger op til direkte fysisk aktivitet, men at det i stedet giver patienter motivation til at komme ud af sengen. Et sådan forslag kan dermed både skabe noget socialt mellem patienterne og samtidig bidrage til motivationen hos patienterne. Yderligere foreslår Lennart at:

”Hvis du er i et indkøbscenter så får du en vogn der ligner en rolator, hvor du kan have en madbakke på og tage med ind på værelset. Dvs. en patient der ikke selv ville have hentet mad, ville, hvis der står nogle små vogne, have mulighed for selv at kunne hente madden og gå ind. Dvs. der vil blive motion fra værelset og ud og det samme ud med service. Måske en lille motion, men en stor tilfredsstillelse.” Lennart.

Personalet forsøger i forvejen at motivere og presse de patienter, der har mulighed for det til selv at hente mad. Dette kan gøre patienterne mere uafhængige af personalet omkring spisetid, og ligeledes kan patienterne hente mad, når det bedst passer dem. Som Lennart nævner, vil dette evt. medføre tilfredsstillelse hos de berørte patienter og dermed være med til at motivere flere til at gå den ekstra tur.

Slutteligt medtages et forslag om patientinddragelse, da patienterne ses som en ubrugt ressource. Sisse foreslår eksempelvis:

”Hvis nogle har det lidt skidt og har det lidt svært med at skulle have stomi eller et eller andet, så sæt dog nogle af os til at kunne hjælpe dem. Så kan vi i hvert fald, om ikke andet fortælle hvad vi har af erfaringer med sygdommen.” Sisse.

Sisse har tidligere gjort sig gode erfaringer med patientinddragelse, og hun ved, at det nogen gange kan være skræmmende for patienter, at acceptere de restriktioner eller konsekvenser ens sygdom medfører. Det kan altså tolkes, at personalets råd og vejledning ikke altid er nok for nogle patienter, og derfor ser Sisse det som en fordel at kunne snakke med andre der er i samme situation. Dette forslag skal ikke blot ses i forbindelse med viden og erfaringer med sygdomme, men kan ligeledes anvendes til viden om fysisk aktivitet, hvor patienterne kan være hinandens vejleder. Dette forslag kræver dog, at enkelte friske patienter skal melde sig som guides.

Patienternes forslag, til hvordan TEMP 3 kan udvikles til forøgelse af fysisk aktivitet, er i ovenstående opdelt i fire dele: placering, information, udbud og differentiering samt yderligere forslag. Disse fire er de udsagn der er repræsenteret mest.

5.2.4 Opsamling

Gennem de 11 udarbejdede interviews og den efterfølgende analyse af disse, er der fremanalysert fire overordnede muligheder for patienternes fysiske aktivitetsniveau: personalets hjælp, kendskab til afdelingens faciliteter, pårørendes rolle og omgivelserne. Flere af disse muligheder kan indirekte findes og fortolkes gennem patienternes opstillede barrierer. De barrierer, der eksisterer for fysisk aktivitet på 9Ø, er: manglende information fra personalet, placering af træningshjørnet, manglende personale ressourcer, smerte og manglende instruktioner fra personalet. Derfor er det relevant at udvikle TEMP 3 på en måde, så et eller flere af disse områder adresseres. Netop behovet for udvikling har de interviewede patienter bidraget med forslag til, hvilke er opdelt i følgende emner for udvikling: Placering, information, udbud og differentiering samt yderligere forslag. Flest patienter er enige om, at træningshjørnets placering er problematisk, og de har derfor flere forslag til, hvordan dette kan udvikles. Generelt er der enighed i forslagene om, at cyklen skal være mere synlig. Flere patienter var ligeledes enige om øget og mere centralt placeret information ville fremme deres muligheder for at være fysisk aktive. Ligeledes savnede patienterne et større udbud af redskaber til aktiviteter, mens patienterne også savnede mere differentiering i øvelser og muligheder.

5.3 Resultater fra litteraturstudiet

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af litteraturstudiet mhp. at kunne svare på forskningsspørgsmål 3 som lyder: Hvorledes kan patienternes perspektiv, samt bidrag fra litteratur omkring lignende interventioner, medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 i 9Ø?

De anvendte artikler præsenteres og de relevante resultater i forhold til forskningsspørgsmål 3 fremlægges. Der er i projektet fundet 8 artikler, hvilke gennemgås i tabel 8 nedenfor.

Tabel 8 - Præsentation af litteratur

Præsentation af artikler fra litteraturstudie	
Artikel 1 The ward round – patient experiences and barriers to participation	
Forfatter, land, årstal Swenne et al., Sverige, 2014	Resultater Der er uarbejdet ét overordnet tema, som er, at patienterne skal håndtere information fra den daglige stuegang, mens de venter på privat konsultation fra lægen. Herefter er der identificeret 3 underliggende temaer. Patienterne mener, at stuegangen er for kort, og at informationen kun omhandler medicinske gøremål. De mener dog at stuegangen er vigtig ift. at få information, men ofte bruger lægen en terminologi de ikke forstår, hvorfor sygeplejersken må udbyde yderligere. Patienterne udtrykker ligeledes frustration over, at de ikke ved hvornår på formiddagen stuegangen er. Yderligere ønsker patienterne en supplerende snak omkring information i det private. Patienterne har problemer med at identificere og huske navne på personalet, og de har lettere ved at snakke om dagligsdagsting med sygeplejerskerne end lægen. Nogle patienter har lyst til aktivt at deltage i beslutningstagen, mens andre ikke har. Det er altså op til den enkelte patient.
Design og formål Et kvalitativt studie, hvor formålet er at undersøge patienternes oplevelse under stuegang. Der er anvendt semi-strukturerede interviews og indholdsanalyse til fremlæggelse af patienternes oplevelser. Interviewene er åbne, så de lægger op til patienternes udtalelser. Interviewene er analyseret ved en kategorisering, hvorfra temaer og undertemaer er udarbejdet.	Relevans Dette studie kan anvendes til yderligere belæg for, hvorfor det er vigtigt, at informere patienterne om hvad der foregår. Selvom studiet ikke inkluderer en intervention, kan der argumenteres for, at udviklingen af TEMP 3 med fordel kan relateres til
Studiepopulation og settings 14 patienter er inkluderet i studiet, 6 kvinder i alderen 47-88 år og 8 mænd i alderen 26-71 år. Dataindsamling er foretaget på en kardiologisk afdeling på et svensk universitetshospital. Inklusionskriterier er, at patienterne skal have oplevet 2 stuegange og de skal kunne snakke svensk. På sengeafdelingen er der 29 senge, og gennemsnitsindlæggelsestiden er 2.7 dage.	

	<p>informationen patienterne modtager fra personalet. Ligeledes kan studiet relateres, hvordan stuegang kan optimeres ifølge patienternes ønsker, og hvordan stuegangen kan anvendes til at informere patienter om fysisk aktivitets relevans. Til sidst kan studiet anvendes til at problematisere anvendelsen af ressourcer, da der er meget kort tid til hver patient, når der er stuegang.</p> <p>Kvalitetsscore CASP: 9/10</p>
<p>Artikel 2 Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation</p>	
<p>Forfatter, land, årstal Levack et al., New Zealand, 2015</p> <p>Design og formål Designet er et systematisk review, hvor målet er, at vurdere effekten af målsætning og strategier for at opnå mål, i forhold til at kunne forbedre helbredet for voksne med en form for fysisk handicap. Handicap er defineret bredt som værende svækkelse, aktivitetsbegrænsninger eller deltagelsesrestriktion.</p> <p>Studiepopulation og settings Der er i alt inkluderet 39 studier omhandlende 2846 respondenter. Studierne varierer ift. klinisk kontekst og deltagernes outcome ift. helbreds niveau. Outcomes er målt ift. HRQoL, deltagelse, aktivitet, kropsfunktion, engagement i genoptræningen og self-efficacy. Der er kun inkluderet RCT-studier i reviewet. Deltagerne i de inkluderede RCT-studier skal have et handicap der er opstået som et resultat af skader, sygdomme eller mental forestyrrelse.</p>	<p>Resultater Resultaterne i reviewet er, at der er inkonklusive trends for at målsætning fungerer til at kunne motivere patienterne og hjælpe dem. Målsætning forbedrer HRQoL, emotionel status og self-efficacy. Dog er der ingen signifikante resultater ift. fysisk aktivitet, kropsfunktion og patientens engagement i genoptræningen. Resultaterne kan dog være svære at stole på grundet lav kvalitet af de inkluderede RCT-studier, men de kan give en indikation om, at målsætning ifm. genoptræning ikke skader, men samtidig oftest ikke gavner patienten. Der konkluderes yderligere i studiet, at studier der har større fokus på patientens ønsker mv. kan bidrage til større sammenhæng mellem målsætning og forbedret helbred. Derfor mener de, at de mål der er inkluderet som outcome ikke fungerer optimalt.</p> <p>Relevans Studiet er relevant at inkludere selvom nogle af de inkluderede RCT-studier foregår udenfor hospitalsettings. Studiet giver et overblik over, hvorvidt målsætning kan anvendes med succes i en klinisk kontekst. Patienterne på 90% ønsker selv nogle opstillede mål de kan opfylde, men dette studie kan bidrage til at vise, at denne metode måske ikke er den mest effektive. Dog viser studiet, at måling på patientens præmisser såsom interviews kan give et positivt resultat for målsætning. Dette kan ligeledes relateres til nærværende intervention, hvor patienterne er blevet spurgt om deres holdning til TEMP 3.</p>

Kvalitetsscore PRISMA: 26/27	
Artikel 3 Patient's experiences with technology during inpatient rehabilitation: opportunities to support independence and therapeutic engagement	
<p>Forfatter, land, årstal Fager & Burnfield, USA, 2014</p> <p>Design og formål Studiet er et kvalitativt fænomenologisk studie, hvor formålet er at identificere, hvilke muligheder der er, for at teknologi kan fungere som et led i den traditionelle genoptræning. De udførte interviews er semistrukturerede og patient/tilhørende familie interviewes.</p> <p>Studiepopulation og settings Studiepopulationen er 10 deltagere, herunder et 4-årigt barn. 2 af deltagerne er igang med langsigtet behandling på hospitalet, og 7 er i akut genoptræning. Familiemedlemmer er involveret hos 4 af patienterne under interviewprocessen. En af patienternes mor udfører interviewet pga. patientens begrænsede evne til at forstå spørgsmålene. Interviewene foregår på Madonna Rehabilitation Hospital, og 9 af interviewene klares over 1 gang, mens det sidste interview klares over 2 gange for hensyntagen til patientens planlagte terapi.</p>	<p>Resultater Overordnet er der nævnt nogle nøgletemaer, som patienterne kommer frem til. I forhold til udfordringerne med at anvende teknologi under indlæggelsen er der et ønske om, at teknologien er holdbar og intuitiv. Nogle patienter mener, at trykfølsomme enheder i sengen aktiveres uforsætligt, og ligeledes føler nogle patienter at de skal bruge personalets hjælp til at forstå nogle af enhederne. Patienterne kommer også frem til, at kendskabet til mainstream teknologi (smartphone, tablet) før indlæggelse har indflydelse på hvor meget de bliver brugt og forstået i genoptræningsprocessen. Der er overordnet et stort ønske om at teknologien bliver en større del af genoptræningsprocessen, da størstedelen af patienterne fandt udbytte herved. Dog skal der tages større højde for dem der er fysisk begrænsende.</p> <p>Relevans Studiet er relevant i forhold til at udvikle TEMP 3 i en mere teknologisk retning. Studiet viser, at patienterne er positive overfor teknologi. Yderligere har studiet relevans i den form, at inklusionen af teknologi under indlæggelse bliver en større faktor i fremtiden, da teknologien hele tiden fornyes og den almene population hele tiden bliver mere fortrolige med anvendelse af den. Selvom interventionen er ret ressourcekrævende, er der dimensioner der godt kan implementeres i en ressourcevenlig kontekst. Artiklen understøtter ligeledes nogle af de patientudtalelser i projektet, der relaterer sig til teknologiske forslag.</p> <p>Kvalitetsscore CASP: 6,5/10</p>
Artikel 4 Resource-efficient mobilization programs in intensive care unit: who stands to win?	
<p>Forfatter, land, årstal Mah et al., USA, 2013</p>	<p>Resultater Patienterne i både interventions- og kontrolgruppe viser signifikant forbedring i deres fysiske</p>

<p>Design og formål Et kvasiexperimentielt studie. Formålet er at beskrive et effektivt team-baseret og ressourcevenligt mobilitetsprogram kaldet REMP. REMP består af den sædvanlige behandling på akutafsnittet og en tilknyttet fysioterapeut samt fysioterapeut-assistent.</p> <p>Studiepopulation og settings Alle patienter der skulle bruge mekanisk ventilation blev evalueret af en læge til at kunne være med i programmet. Der bliver lavet en sammenligning med en historisk kontrolgruppe, som blev defineret ud fra en databaser af tidligere indlagte på akutafsnittet. 28 patienter var med i REMP, og 31 patienter fungerede som kontroller. Selve mobilitetsprogrammet består af 5 niveauer, hvor patienterne skal lave forskellige øvelser alt efter hvilket niveau de befinder sig på.</p>	<p>funktionsniveau fra den første evaluering til hhv. udskrivelse fra akutafsnit, og udskrivelse fra hospitalet. REMP gruppen forbedrer sig signifikant fra kontrolgruppe i siddebalance, men på de andre mål er der ingen signifikant forskel mellem de to grupper. REMP viser sig dog, at hjælpe især de svageste patienter, der får gavn af det i forhold til fysisk funktionsniveau. Overordnet set virker et program som dette i de akutte afsnit, men det kræver at kulturen på afdelingen understøtter målet om, at implementere et sådan program.</p> <p>Relevans Selvom dette studie omhandler akutafsnit, er der ligeledes patienter på afdeling 9Ø der ikke kan komme ud af sengen, og er comorbide. Derfor kan et program som det i studiet godt overføres til 9Ø. Yderligere viser studiet, at ekstra individualiseret fysioterapi kan gavne patienterne. I studiet bliver patienterne opdelt i 5 niveauer alt efter funktionsniveau, og dette kunne yderligere relateres til 9Ø, hvor samme strategi kunne anvendes. Studiet viser hvordan der, på trods af ressourcemangel, kan tilknyttes ekstra fysioterapi uden stort ressourcebrug. Slutteligt viser studiet, at det især henvender sig til de skrøbeligste patienter, som får mest gavn af det. Derfor er studiet en yderligere indikator for, at de skrøbelige i større grad skal have skræddersyet deres genoptræning i forhold til de mere velfungerende.</p> <p>Kvalitetsscore TREND: 15/22</p>
<p>Artikel 5 The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: A pilot study</p>	
<p>Forfatter, land, årstal Killey & Watt, USA, 2006</p> <p>Design og formål Pilotstudie. Deltagerne deles op i en kontrol og interventionsgruppe. Kontrolgruppen modtager standard behandling, mens interventionsgruppen følger et gå program. Studiets formål er at teste hypotesen; Et to gange dagligt gå program i syv dage, styrker mobilitet og øger uafhængighed og selvtillid til at udføre øvelser hos ældre (>70år) hos indlagte medicinske patienter.</p>	<p>Resultater Studiet finder, at deltagerne i kontrolgruppen forbedrer deres gå afstand fra 32,11m(SD=32,83) til 47,86m(SD=47,7), mens interventionsgruppen øger afstanden fra 38,64m(SD=27,13) til 79,44m(SD=58,03). med en p-værdi på 0,04 er gå-interventionen signifikant for øget mobilitet. Patienternes score på BADLI går fra 58,07(SD=27,77) til 55,18(SD=31,78) i kontrolgruppen mens scoren går fra 59,19(SD=25,85) til 70,81(SD 24033) i interventionsgruppen. Med en p-værdi på 0,03 er</p>

<p>Studiepopulation og settings Medicinske patienter er rekrutteret fra 3 afdelinger på et Amerikansk sygehus. Patienterne der er af interesse er patienter >70år, da studiet argumenterer for at disse er mest skrøbelige og ofte har svært ved at gå uden hjælp. Patienterne randomiseres ved fremmøde, så hver anden patient kommer i interventionsgruppen(N=27) og resten i kontrolgruppen(N=28). Da studiedesignet påkræver, at patienterne kan deltage i en sammenhængende uge, er det nødvendigvis de mest skrøbelige patienter der er inkluderet. Deltagerne skal 2 gange om dagen i syv dage, gå så langt som de kan, mens de stadig har det behageligt. Deltagerne får sat en stol til rådighed ved første forespørgsel, hvorefter de skal vende tilbage til deres stue. Der er målt på mobilitet udtrykt ved gå afstanden, uafhængighed måles med Barthel Activities of Daily Living index(BADLI), selvtillid blev målt ved Self-efficacy for exercise scale(SEE scale).</p>	<p>det kun gå-interventionen der er signifikant. Der er ikke fundet noget signifikant resultat for deltagernes SEE score.</p> <p>Relevans Studiet er relevant, da interventionen er relativ billig og kan kombineres med forslag fra nærværende projekts patienter. Ligeledes er interventionen individuel og patienterne kan dermed konkurrere med sig selv. Det er dog svært at sige om effekten er synlig og signifikant hos patienter der ikke er indlagt en uge eller mere. Dette lægger op til yderligere studier af denne intervention.</p> <p>Kvalitetsscore TREND: 18/22</p>
<p>Artikel 6 InterACTIV: An exploratory study of the use of a game console to promote physical activation of hospitalized acult patients with cancer</p>	
<p>Forfatter, land, årstal Jahn et al., Tyskland, 2012</p> <p>Design og formål Eksplorativt studie, der anvender en mixed method tilgang. Studiet inkluderer deskriptiv statistik og anvender Mayrings kvalitative data evaluering metode. Formålet er at undersøge hvorvidt implementeringen af en Nintendo Wii™(spillekonsol) kan være med til at motivere cancer patinter til at være fysisk aktive under behandlingsperioder.</p> <p>Studiepopulation og settings Patienter inkluderes hvis de modtager stråling eller kemoterapi eller begge dele, og hvis det er planlagt at de skal være indlagt på hospitalet i mindst 5 dage i forbindelse med behandling. Patienterne skal som minimum bruge spillekonsollen 30 minutter i minimum 5 dage. Under spil sessionerne er der en</p>	<p>Resultater Patienterne finder det generelt sjovt at deltage i interventionen og spille. Specielt fremhæver de forskellige sjove aspekter, at være aktiv, distraktion og det at spillene er interaktionelle, som værende de vigtigste faktorer for interventionen. En enkelt patient vurderer sig selv som for gammel til den slags spil. Tre patienter svarer at de vil anvende spillekonsollen igen under indlæggelse, to sagde måske, en patient er ikke sikker og to vil ikke spille samme spil i fremtiden. Generelt svarer de ældste patienter at de foretrækker mindre fysisk krævende og komplekse spil. Generelt foretrækker patienterne spil med realistiske bevægelse mønstre og spil der har mulighed for multiplayer.</p> <p>Enkelte kritiske svar findes også, såsom; at denne intervention nærmere er for de patienter der er indlagt længere og at spillene skal vælges af patienterne og ikke forskerne.</p> <p>Relevans</p>

<p>forsker til stede, som kan hjælpe eller deltage i spillet på forespørgsel fra patienterne. Der er rekrutteret 7 deltagere med en gennemsnitsalder på 56,57 år, 5 mænd og 2 kvinder. Inden undersøgelsen er patienternes aktivitetsvaner klarlagt samt patienternes HRQoL. Efter interventionen interviewes patienterne mht. deres oplevelser af interventionen.</p>	<p>Studiet er relevant, da dette er en intervention med et relativt lavt ressource- og pladsforbrug. Studiet bygger på kvalitativ data, som minder om nærværende projekts data, og ligeledes ligner populationen i studiet den der findes i nærværende projekt. Interventionen ”tænker” ud af boksen og anvender ny teknologi, som kan relateres til nogle af de interventionsforslag der ses i indestående projekt.</p> <p>Kvalitetsscore CASP: 9/10</p>
<p>Artikel 7</p> <p>A systematic Review of Web-based interventions for patient empowerment and the physical activity in chronic diseases: Relevance for cancer survivors</p>	
<p>Forfatter, land, årstal Kuijpers et al., Holland, 2013</p> <p>Design og formål Studiets formål er at udarbejde et systematisk review af litteraturen omhandlende Web-baserede interventioner. Interventionerne skal have fokus på at øge deltagernes empowerment samt fysiske aktivitetsniveau. Litteraturen findes ved søgninger i PubMed, Embase og Scopus og inkluderes hvis de er peer-reviewed og tager udgangspunkt i RCT-studier.</p> <p>Studiepopulation og settings 19 studier inkluderes, med varierende populationer, som svinger fra 15-1665 deltagere.</p>	<p>Resultater Reviewet tyder på, at web-baseret, interaktive interventioner har en gavnlig effekt på patient empowerment og fysisk aktivitet hos mennesker med forskellige kroniske betingelser. Elementer, der ofte observeres, inkluderer uddannelse, selvovervågning, feedback/skræddersyet information, selvforvaltende træning, personligt træningsprogram og kommunikation (med enten sundhedsudbydere eller andre patienter). Dog skal der flere undersøgelser til for at klarlægge effekten i forskellige målgrupper, samt for at gøre interventionerne mere præcise. Fremtidige studier bør ligeledes inkludere barrierer og muligheder for Web-baserede interventioner.</p> <p>Relevans Studiet er relevant, da det systematiske review undersøger interventioner med et relativt lavt ressourceforbrug. Ligeledes er studiet relevant, da web-baserede interventioner kan tilpasses den enkelte og dermed relativt nemt kan differentieres. Måske har alle ikke personlig adgang til internettet, men i en ikke så nær fremtid kan det forventes, at samtlige patienter har det.</p> <p>Kvalitetsscore PRISMA: 20/27</p>
<p>Artikel 8</p> <p>Progressive resistance muscle strength training of hospitalized frail elderly</p>	
<p>Forfatter, land, årstal Sullivan et al., USA, 2001</p>	<p>Resultater</p>

<p>Design og formål Follow-up studie. Formålet med studiet er, at se om patienter, der er ved at komme sig, sikkert kan deltage i og få gavn af et styrketræningsprogram med modstand. Interventionen består af træning tre dage om ugen i ti uger. Outcome er gentagelsesmaksimum, sit-to-stand, maksimal ganghastighed.</p>	<p>Det ene gentagelsesmaksimum stiger i gennemsnit 74% SD= 49% (median, 70%; interkvartilstand, 38% -95% og i gennemsnit 20 SD=13 kg (P 5 0.0001). Sit-to-stand forbedres hos 15 af 19 patienter (79%). Maksimal sikker ganghastighed forbedres hos 10 af 19 tilfælde (53%). Ingen patienter oplevede en komplikation eller forværring i deres tilstand</p>
<p>Studiepopulation og settings Studiet inkluderer 19 patienter, 14 mænd og 5 kvinder med en gennemsnitsalder på 82,8 år. Studiet finder sted på 2 hospitaler, university-affiliated Veterans Affairs hospital og ved et care unit of a community nursing home.</p>	<p>Relevans Studiet er relevant, da det viser at fysisk aktivitet har en effekt specielt på de skrøbelige. Til gengæld er det ressourcetungt.</p> <p>Kvalitetsscore STROBE: 17/22</p>

5.4 Fælles resultatopsamling

I ovenstående resultatafsnit er der præsenteret hvorvidt TEMP 3 virker, hvad patienterne mener om træningsfaciliteterne på 9Ø, samt hvad patienter og litteraturen kan bidrage med af fremtidig udvikling på 9Ø. Resultaterne viser, at TEMP 3 ikke fungerer efter hensigten, og dette gælder på alle outcome-variable; antal skridt, MET, liggende timer, sovende timer. Dog skal det nævnes, at det indsamlede data ikke er repræsentativt for de skrøbelige patienter, da det ikke er dem der har haft påført SWA. Derfor er det klart, at såfremt fysisk aktivitet i fremtiden skal være en del af det rehabiliterende forløb for patienten, må TEMP 3 udvikles i en retning, der kommer patienterne bedst til gode. Yderligere viser de statistiske analyser, at det især er de ældre og skrøbelige, der er inaktive under indlæggelse, og i interviewene er mulighederne primært prævalente hos de yngre og mindre skrøbelige patienter. Oftest begrænses disse muligheder dog af de barrierer, der ligeledes eksisterer; manglende information fra personalet, placering af træningshjørnet, manglende personaleressourcer, smerte og manglende instruktioner fra personalet. For de skrøbelige er det især smerte og manglende personaleressourcer, der viser sig som en gennemgående udfordring. For alle patienter gælder det dog, at information mellem patient og personale kan forbedres samt selve den organisatoriske del af TEMP 3, herunder placering af træningshjørnet. Patienterne mener også, at der bør være større udvalg blandt øvelser og træningsredskaber. Disse udviklingspotentialer går også igen i litteraturen, hvor det findes, at information er en vigtig motivator for patienterne. Yderligere er der i litteraturen fundet diversitet i de måder fysisk aktivitet fremmes på. Nogle patienter på afdeling 9Ø nævner teknologiske muligheder til at kunne fremme fysisk aktivitet, og dette emne går også igen i litteraturen. I litteraturen er der også fundet brugbare metoder, der separerer sig fra patienternes udtalelser, hvorfor sådanne interventioner også er interessante at indtænke i en udviklingskontekst. Dette gælder bl.a. gå-programmet, som er ressourcevenligt. I de litterære fund adskiller

nogle interventioner sig fra TEMP 3 angående ressourcebrug, og da ressourcer synes at være en barriere for implementering og daglig gennemførelse af TEMP 3 i 9Ø, er det interessant at udforske de tilgængelige rammer der kan være for at investere flere ressourcer i en intervention, hvilket ikke gøres i nærværende projekt.

6.0 Diskussion

6.1 Metodediskussion

I følgende afsnit diskuteres de metodemæssige tilgange i nærværende projekt, herunder også case-studiet. Styrker og svagheder ved metoderne diskuteres, samt hvordan en anden tilgang til metoderne kunne have bidraget til andre relevante resultater.

6.1.1 Case-studiet

Diskussion af case-studiet kan omhandle, hvorvidt det case-design der er anvendt, er det rigtige. I projektet anvendes case-studiet som en ramme omkring de tre metoder, så de hver for sig er med til at svare på hver sit forskningsspørgsmål. Casen der er anvendt er en Embedded Holistic Case, og da den kun omhandler 9Ø som case, kan det være svært at generalisere resultaterne, så de kan anvendes i anden kontekst, da det ikke er sikkert at rutiner, patientsammensætning mm. er ens på andre hospitalsafdelinger. Det kunne en mere eksemplarisk case have bidraget med, hvor man var sikker på, at resultaterne kunne overføres til andre sammenhænge, men det forekommer noget nær umuligt, når det omhandler indlagte patienter med mange forskellige sygdomme. Imidlertid er personaleressourcer og fysiske rammer identiske ift. de øvrige afdelinger, hvor TEMP 3 er implementeret, og på baggrund heraf kan der argumenteres for at være et overførbarhedsgrundlag for både resultaterne og de fremkomne udviklingsforslag. Dog er det vigtigt at nævne, at formålet med evalueringen af TEMP 3, er at se, hvad der kan forbedres på præcis 9Ø, og derfor er det vurderet, at det case-design der er anvendt i forestående projekt viser resultaterne bedst muligt.

Relateret til de videnskabsteoretiske positioner er der i nærværende case blevet arbejdet med den filosofiske hermeneutik og den kritiske rationalisme. Der er blevet valgt at vægte hermeneutikken tungere end den kritiske rationalisme, hvilket evt. kan negligere de kvantitative resultater ift. de kvalitative, men da projektets fokus er på patienternes oplevelser, vurderes det at være forsvarligt at vægte de kvalitative resultater, og dermed hermeneutikken, tungere end den kritiske rationalisme. Ved et sidestillende forhold kunne de videnskabsteoretiske positioner dog have gjort, at metoderbeskrivelserne lignede hinanden noget mere, hvis der var opstillet både hypoteser, forforståelser og fortolkninger ved alle 3 forskningsspørgsmål. Som sagt har

det dog ikke været ønskværdigt, at metoderne ligner hinanden, og de forskellige metoder styrker det samlede resultat.

Selve generaliseringsproblemet er der også taget højde for i nærværende projekt, for selvom en case kan være svær at generalisere, kan gennemsigtheden i metodebeskrivelserne bidrage til, at præcis samme metodiske tilgang kan anvendes i andre sammenhænge. Selvom gennemsigtheden er sikret i projektet, giver det lille sample, og de syge patienter med meget specifikke diagnoser i de kvantitative resultater, udfordringer ift. at kunne generalisere til andre sammenhænge. Selve case-studiet er dog et design, der kan generaliseres, såfremt gennemsigtheden er høj (50). For var der f.eks. anvendt et mixed-methods studie, ville det være sværere at generalisere det til andre kontekster grundet de påvirkninger metoderne internt har af hinanden (62).

Medical Research Council argumenterer for, at der ved udvikling af en intervention med fordel kan foretages en stakeholder-analyse. Som sagt befinder TEMP 3 sig i dette projekt i udviklingsfasen, og da formålet med projektet er at udvikle interventionen og evt. skabe forandring, kunne det have været relevant at analysere hvilke stakeholders, der kunne have indflydelse på implementering, og hvem der håndterer de udviklingsforslag der udspringer af nærværende projekt. Dette ville have givet en fjerde analytisk dimension til casen, som kunne have styrket argumentet for, om det er muligt at udvikle TEMP 3, og som sagt hvem der tager sig af det. Dette kunne ligeledes have bidraget til, hvorvidt patienternes ønsker og de litterære fund reelt set er realistiske at imødekomme.

6.1.2 Kvantitativ metode

I følgende afsnit diskuteres projektets kvantitative metodetilgang. Først diskuteres anvendelsen af SWA til indsamling af kvantitative data, herunder ses der på hvorvidt data fra SWA er valide og hvorledes SWA er optimal til målgruppen. Herefter vil udvælgelsesstrategien af deltagere blive diskuteret, samt risikoen for selektionsbias. Slutteligt diskuteres de manglende besvarelser af spørgeskemaet og de anvendte variable fra analysen af data fra SWA.

Projektets kvantitative analyse bygger på data fra i alt 42 patienter med 21 patienter fordelt i henholdsvis en historisk kontrolgruppe og en interventionsgruppe. Patienterne skulle have SWA på i tre sammenhængende dage. Dette krav har skabt problematikker, da flere patienter ikke nødvendigvis var indlagt tre eller flere dage. Dette har betydet at data ikke kan være repræsentativt for alle patienter der indlægges på 9Ø. De patienter, der er i risiko for at blive ekskluderet, er typisk de patienter der ikke er potentielt skrøbelige, da indlæggelseslængden ofte øger graden af skrøbelighed (2), og ligeledes afhænger indlæggelseslængden af sygdommens karakter. Dette kan metodisk være problematisk, da det kan opfattes som selektionsbias (53), men da TEMP 3 primært er rettet mod at fremme aktivitetsniveauet hos de skrøbelige patienter, giver data fra potentielt set skrøbelige patienter et mere validt billede af, om interventionen har den ønskede effekt. Det ses

dog af datamanualen i bilag 2, at patienterne er opdelt efter graden af hjælp de modtager fra personalet under indlæggelsen. Patienterne opdeles i tre grupper; selvhjulpne, og en gruppe der modtager let hjælp, men den gruppe, der modtager meget hjælp, er ekskluderet. Dette betyder, at selvom data bygger på potentielt skrøbelige patienter, så er det altså ikke de mest skrøbelige patienter data bygger på. Dette kan være problematisk, da TEMP 3 primært er rettet mod denne patientgruppe, og da data ikke direkte belyser disse patienters tilstand, er det svært at vurdere effekten af TEMP 3 for disse.

Yderligere var projektets forfattere ikke direkte med i udvælgelsen af patienter, da data fra den historiske kontrolgruppe blev foretaget inden nærværende projekts påbegyndelse. Af hensyn til sammenligneligheden af data ønskede projektgruppen, at dataindsamlingen fra interventionsgruppen foregik på præcis samme forudsætninger som indsamlingen af data til kontrolgruppen. Dette blev delvist opnået, da de samme to fagprofessionelle påførte og indsamlede data fra SWA, samt var indforståede med ønsket om samme indsamlingsmetode. Personalet var instrueret i at udvælge patienter efter de eksakt samme kriterier som ved kontrolgruppen, og dette kommer ikke til udtryk i den demografiske fordeling i grupperne, da det er en skæv sample. Det ses i resultatafsnittet, at grupperne ikke er ens, hvilket kan skyldes ovenstående problematik, men det kan ligeledes skyldes en anden patientsammensætning på afdelingen i de givne tidsperioder, eller patienternes lyst til at deltage. Hvis der i nærværende projekt var foretaget en power-beregning af den kvantitative sample kunne det give en idé om, hvor mange patienter der skulle inkluderes for at grupperne bliver statistisk identiske. Konsekvenserne af de skæve grupper kan have indflydelse på resultatet, eksempelvis vil en ældre interventionsgruppe intuitivt og naturligt forventes at have et lavere aktivitets- og funktionsniveau end en yngre gruppe (3). Dette er ligeledes en af problematikkerne ved et kvasiekperimentelt design, hvor grupperne netop ikke randomiseres og selektionsbias opstår (51).

I den kvantitative analyse er der anvendt fire data mål fra SWA: antal skridt, MET, liggende timer, sovende timer. Disse mål er hver især behæftede med fejlkilder, som kan påvirke resultatet. SWA er dog blevet valideret i flere studier, som har undersøgt armbåndets præcision. Eksempelvis er der i et studie undersøgt præcisionen og reliabiliteten af SWA som et redskab til at bedømme energiforbrug. Her finder de, at de med SWA kan bedømme det totale energiforbrug pr. minut ned til 9,4% fra det eksakte energiforbrug, med et 95% signifikansniveau og en standardafvigelse på 0,1%. Selvom studiet er udført med raske deltagere vurderes MET-målingen fra SWA at være relativt præcis og kan anvendes som et udtryk for patienternes gennemsnitlige energiforbrug (63). Der er ligeledes lavet studier, der undersøger validiteten af forskellige accelerometers skridt-optælling. I et andet studie undersøges validiteten og reliabiliteten af accelerometre der bæres på kroppen, og her ses bl.a. på præcisionen af antal skridt, der måles. Det konkluderes i studiet, at accelerometre der bæres på armen er mindre præcise, end de der bæres på hoften, når der måles på antal skridt. Dette leder typisk til en underestimering, og det konkluderes ligeledes, at denne underestimering er betydeligt større ved langsomme gå hastigheder (64). Problematikkerne og usikkerheden forbundet med et armbåret accelerometer

fremgår ligeledes i et dansk studie, som problematiserer SWAs evne til at registrere små korte skridt (22). SWAs evne til at registrere og skelne mellem hvornår patienter ligger ned, og hvornår de begynder at sove, er ligeledes blevet valideret. I et studie undersøges netop dette, ved at sammenligne data fra 15 deltager, der sov med SWA, hvilket resulterede i 266 søvnoptagelser. Her fandt man at SWA generelt var i overensstemmelse med, om deltageren reelt var i eller ude af senge 93,2% af tiden (65). Yderligere fandt man under mere kontrollerede forhold i et søvnlaboratorie, at SWA gennemsnitligt registrer påbegyndelsen af søvn 8.3 minutter for sent og opvågning 2 minutter for sent (65). Det vurderes tillige i studiet, at SWA er over eller på niveau med eksisterende ambulatoriske metoder til registrering af søvn (65). På baggrund af ovenstående argumentation vurderes det, at data indsamlet med SWA er valide, og at data derfor giver et reelt og anvendeligt billede af virkeligheden.

Det kan generelt siges, at data fra både kontrol- og interventionsgruppen blev indsamlet med de samme tre SWA, hvilket gør, at resultaterne ikke skævvrides yderligere.

Missing data fra aktivitetskemaet

Oprindeligt var projektgruppens intentioner at indsamle et aktivitetskema, der udleveres som fast rutine til ny-indskrevne patienter. Indsamlingen af skemaerne skulle foretages af personalet på 9Ø, og når patienterne udfyldte skemaet, kunne personalet indsamle dem. Da langt fra alle patienter blev informeret om skemaets eksistens, ej heller dets anvendelse, var det begrænset med patienter, der udfyldte skemaet. Dette resulterede i, at skemaerne sjældent blev indsamlet, hvilket efterlod projektgruppen med for få udfyldte skemaer til en brugbar kvantitativ analyse. Aktivitetskemaet giver ligeledes ikke et billede af intensiteten og omfanget af aktivitet patienterne har udført, men nærmere hvilke og hvor mange aktiviteter, de har udført. Dermed kunne skemaet ikke nødvendigvis give nærværende projekt et svar på effekten af TEMP 3, og på den baggrund er det vurderet, at de manglende aktivitetskemaer og deraf naturligvis manglende analyse ikke har haft en nævneværdig betydning for besvarelsen af nærværende projekts forskningsspørgsmål 1. Yderligere kan skemaet ikke anvendes til at se en forskel mellem den historiske kontrolgruppe og interventionsgruppen, da kontrolgruppen heller ikke har udfyldt dette skema. Dog kunne aktivitetskemaet have givet projektgruppen en idé om hvilke aktiviteter patienterne udførte og med hvilken grad af hjælp.

6.1.3 Kvalitativ metode

I følgende afsnit diskuteres den kvalitative metode, herunder kvalificering, dataindsamling, informantudvælgelse og analysestrategi.

Videnskabsteoretisk udgangspunkt til kvalificering af interviewmetoden

Til kvalificering af den kvalitative metode blev Gadammers filosofiske hermeneutik anvendt, hvilket vil sige, at alle metodemæssige overvejelser tog udgangspunkt i de herskende fortolkninger og forståelser fra projektets forfattere. Dette beror på en induktiv tilgang til feltet, hvor forskeren tager udgangspunkt i empiri for at konkludere noget om undersøgelsesfeltet. Den åbne dialog med patienterne vurderes at blive styrket ved denne tilgang, og der kan argumenteres for, at initiativet ved en sådan tilgang lægges hos informaten på trods af en udarbejdet interviewguide. Der var dog samtidig et ønske om, at interviewene ikke skulle være alt for forskellige, og med en åben tilgang til feltet kan dette være svært at imødekomme, og kan gøre, at interviewene ikke ligner hinanden strukturmæssigt. Dette var derfor grunden til, at interviewguiden blev udarbejdet, så den kunne fungere som et pejlemærke og sikre, at alle interviewspørgsmål blev stillet. Dette resulterede dog også i, at interviewene i enkelte tilfælde fungerede som en hverdags samtale, og i enkelte tilfælde kan der argumenteres for, at forskerens rolle som den styrende blev negligeret. Dette blev dog gjort med tanke på, at det er syge mennesker der interviewes, og derfor forsøgte det at skabe så trygge rammer for dem som muligt, og dette inkluderede at lade dem snakke fremfor at bryde ind.

I stedet for en mere åben udarbejdelse af den kvalitative metode, kunne det være valgt at lade metoden være teoristyret, og dermed anvende en deduktiv tilgang. Dette kunne have skabt større struktur og stringens, men samtidig ville det have indskrænket de mulige emneområder. Hvis Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb var anvendt kunne interviewguiden være delt op i mål, autonomi og handlekapacitet (49). En individbaseret teori som denne ville stadig sikre, at det var individets oplevelser der kom til udtryk, men de udarbejdede spørgsmål i interviewguiden ville lægge sig mere opad teorien, i stedet for de åbne spørgsmål der blev anvendt. En styrke ved dette kunne være, at forskeren kunne blive mere styrende, men samtidig ville dimensionen omkring muligheder og begrænsninger måske ikke kunne indfries, og da disse ønskes analyseret vurderes det, at valget af en videnskabsteoretisk styret kvalitativ metodetilgang bedst muligt belyste det specifikke forskningsspørgsmål. Den teoristyrede tilgang ville yderligere begrænse udarbejdelsen af temaer undervejs i interviewet, da de forskellige begreber indenfor teorien i sig selv ville fungere som temaer.

Et spørgsmål i interviewguiden, der kunne være modificeret, var spørgsmålet omkring, hvilke udviklingsmuligheder der kunne være på afdelingen. Nogle patienter kunne ikke komme på noget, der kunne udvikles, og derfor kunne spørgsmålet være udarbejdet anderledes, så det kunne lægge op til nogle eksempler, som patienterne kunne tage udgangspunkt i. Dette ville dog have gjort, at der var afvejet fra idéen om, at alle

udtalelser skulle være på patientens egne præmisser, og hvis der var opstillet eksempler, ville det ikke have været en oplevelse fra patienten selv. Der kan også argumenteres for, at der kunne være stillet flere spørgsmål til informanterne omhandlende udvikling af TEMP 3, for i den anvendte interviewguide stilles der mange spørgsmål til patienternes oplevelser omkring muligheder/begrænsninger, men knap så mange til udvikling som egentlig er fokusområdet for projektets formål. Dette kunne yderligere have bidraget til flere facetter omkring udvikling fra patienternes side.

Indsamling af data

Indsamlingen af data skete ved enkeltmandsinterviews med patienterne på 9Ø. Valget af enkeltmandsinterviews gjorde, at patientens individuelle oplevelser kom til udtryk omkring fysisk aktivitet på afdelingen. Var der anvendt fokusgruppeinterviews kunne det potentielt have resulteret i flere informanter, men samtidig ville der opstå den risiko, at informanterne ville påvirke hinandens meninger, og derfor blev det besluttet at enkeltmandsinterviews fungerede bedst. Et fokusgruppeinterview ville i stedet være egnet til en undersøgelse af patienternes sociale kontekster og normer (54). Planen for udførsel af interviewene var, at begge projektmedlemmer skulle være tilstede under alle interviews. De to første interviews blev udført som planlagt, men efterhånden blev det klart, at især de sengeliggende patienter følte det overvældende, at to personer kom ind på stuen og informerede dem om projektet og spurgte, om de ville være med til at deltage. Derfor blev fremgangsmåden justeret efter de første to interviews således, at kun en enkel interviewer var tilstede. Dette gjorde, at patienterne følte sig mere trygge, åbnede sig mere, og at de ikke følte sig 'angrebet'. Dog var der ikke en supplerende interviewer til stede, der kunne stille supplerende spørgsmål, og sikre at interviewguiden blev fulgt. Dette vurderes ikke at influere alvorligt på interviewene, fordi interviewguiden var forholdsvis kort, og de to første interviews blev udført i samarbejde, hvor strukturen blev fastlagt.

Indsamlingen af data skete i settings som patienterne valgte. Derfor varierede det ift., hvor interviewet foregik. På sengeafdelingen ligger patienterne ofte flere på stuerne, og de sengeliggende patienter blev interviewet i deres seng, mens de mere aktive patienter blev interviewet på gangen, på stuen eller i opholdsrummet. Dermed blev nogle interviews foretaget i lydhør af andre patienter og personale, og dette udfordrer de etiske principper om, at privatlivets fred skal sikres. Da patienterne selv valgte interviewsettings vurderes ovenstående ikke at være et etisk problem, og yderligere indeholdt interviewne ikke personsensitive data.

Informantudvælgelse

Informantudvælgelsen skete i samarbejde med en udviklingssygeplejerske tilknyttet 9Ø. Hun gav information om, hvornår projektets forfattere kunne komme op på afdelingen og interviewe, da det skulle passe bedst

muligt ift. stuegang og måltider. Dette begrænsede de tidspunkter interviewene kunne foregå på, men samtidig gav det ro hos patienterne. Yderligere udleverede hun en patientoversigt med informationer omkring, hvilke patienter der var egnede til interview pågældende dag. På sedlen var registeret, hvilken hjælpeggruppe patienterne var i; selvhjælp (SH), lidt hjælp (LH) eller meget hjælp (MH). Der blev kun anbefalet patienter i SH og LH grupperne, og derfor var det ikke muligt at snakke med den svageste patientgruppe i MH. Da de skrøbeligste patienter er den primære målgruppe for TEMP 3, kan det kritiseres at MH gruppen ikke blev anbefalet. Udviklingspsygeplejersken var ansvarlig for den første udvælgelse af patienter, og hun anvendte sin ekspertviden på området til at sikre, at ikke-egnede patienter ikke blev interviewet. Dette gjorde, at beslutningerne omkring informanterne blev taget ud af projektets forfatteres hænder, og selvom MH patienterne er den primære målgruppe for TEMP 3, er de formodentlig så svækkede, at de alligevel ikke kan komme ud af sengen og benytte træningsfaciliteterne, og det kan være grunden til at de blev frasorteret fra sygeplejerskens side. Eksklusionskriterierne blev dog diskuteret med udviklingspsygeplejersken, så hun vidste hvilke informanter der var relevante for projektets formål.

Det var aftalt med udviklingspsygeplejersken, at personalet skulle informere patienterne om projektet, så de havde mindst 24 timers betænkningstid ift. deltagelse i interviews. Set i et etisk perspektiv havde patienterne dog ikke modtaget noget information om, at TEMP 3 blev evalueret, og derfor var de heller ikke klar over, hvad projektet omhandlede, og hvorfor projektets forfattere befandt sig på afdelingen. Der kan argumenteres for, at dette kan have gjort informantudvælgelsen mere udfordrende, da patienterne på kort tid skulle beslutte sig for, om de kunne tænke sig at være en del af projektet. Havde de derimod fået information omkring projektet tidligere, kunne de forberede sig mentalt til at skulle deltage i et interview. Dette kunne yderligere have bidraget til, at den private sfære, der befinder sig hos en patient, kunne nedbrydes inden interviewet foregik. Da interviewene blev udført, skulle interviewerne ind på hver stue, og dermed bryde den private sfære, og på nogle af stuerne lå der flere patienter, der ikke var vurderet til at kunne deltage i interviews, og deres private sfære blev også forstyrret af, at der kom andre ind på stuen. Overordnet set er informatudvælgelsen dog sket forsvarligt i samarbejde med udviklingspsygeplejersken.

Det kan diskuteres, hvorvidt der skulle være interviewet flere patienter, for at udvide resultaterne, og flere af patienterne kunne på den måde potentielt underbygge hinandens argumenter. Der blev dog fra projektets forfatteres side snakket med alle anbefalede patienter over de to uger dataindsamlingen foregik, og derfor kunne antallet af informanter ikke være udvidet medmindre dataindsamlingen skete over en længere tidsperiode. Der var desuden enkelte patienter der sov, og derved ikke kunne kontaktes, men disse patienter var udskrevet dagen efter, og kunne derfor ikke inkluderes i projektet.

Analysestrategi

Den anvendte analysestrategi i nærværende projekt beror på først en kategorisering af udtalelserne, og derefter blev udtalelserne analyseret ud fra en hermeneutisk meningsfortolkning for at placere dem indenfor de tre hovedteamer: muligheder, barrierer og udviklingspotentialer. Det forsøgte så vidt muligt at holde analysen åben og identificere så mange underliggende temaer som muligt indenfor de tre hovedteamer. Enkelte temaer blev dog vurderet ikke at være relevante ift. de urealistiske rammer omkring ønskerne, bl.a. ønsket om at få mere fysioterapi for hver enkelt patient, da der tidligere er konkluderet, at der ikke er ressourcer til det. Den anvendte analysestrategi giver mulighed for at kunne vælge til og fra ift. hvilke udtalelser der ønskes fortolket, og hvilke der anses som ikke at være relevante.

I denne analyse er det valgt at arbejde ud fra Kvale og Brinkmanns analysestrategi omkring hermeneutisk meningsfortolkning, og denne er forholdsvis ustruktureret og åben, hvilket passer til formålet i projektet. Det kunne dog have været relevant at redegøre for, hvilke andre meningsfortolkende analysestrategier der findes, da de varierer. Lise Dahlager og Hanne Fredslund arbejder f.eks. med en anden hermeneutisk analysestrategi, hvor målet er at opnå en forståelse af det pågældende problemfelt (66). Den adskiller sig dog fra Kvale og Brinkmanns ved at inkludere fire trin, som giver en mere stringent og struktureret analyseproces. Som nævnt tidligere er dette dog ikke ønskværdigt, da den åbne analyse og sideløbende udarbejdelse af underteamer giver en dybere forståelse af de relevante emner, som patienterne har nævnt.

Kvalitetskriterier for de kvalitative interviews

Inden for kvalitativ forskning knytter der sig generelt tre kvalitetskriterier: gyldighed, transparens og genkendelighed. Der findes også andre kriterier, men disse tre er de mest anvendelige når kvaliteten af f.eks. interviews skal bedømmes (57). Det kan derfor vurderes, hvorvidt de tre kriterier er opfyldt i nærværende projekt. Gyldigheden refererer til, om der er overensstemmelse mellem det forskningsspørgsmål der ønskes svar på, og den metode der vælges til besvarelse af det. Gyldigheden er forsøgt opnået ved at udarbejde interviews, der kan give svar på patienternes oplevelser omhandlende TEMP 3. Gyldigheden anses i dette projekt som værende god, da den udarbejdede interviewguide har resulteret i svar fra informanterne, som bidrager til en samlet besvarelse af både forskningsspørgsmål 2 og 3. Flere informanter kunne give større gyldighed, men der blev fra projektets forfattere sat en tidsgrænse for dataindsamling, og denne blev overholdt. Gyldigheden kunne også være styrket yderligere, såfremt projektets forfattere var mere involveret i udvælgelsesprocessen af informanter. Dette ville dog have givet nogle etiske udfordringer, da patienternes mentale status var ukendt for andre end personalet på 9Ø.

Transparensen i projektet er forsøgt opnået ved at gøre metodebeskrivelsen så gennemsigtig som muligt. Uddybende er alle processer i interviewet beskrevet, samt begrundelser for hvorfor bestemte metodiske

tilgange er valgt fremfor andre. Dette gør yderligere, at interesserede kan anvende samme metoder uden at være i tvivl om, hvad der er blevet gjort. Ligeledes er det muligt at se både fuld transkription og analyse af alle interviews. Transparensen vurderes derfor til at være tilfredsstillende i nærværende projekt.

Genkendelighed i kvalitativ forskning knytter sig generaliserbarheden. Det omhandler, hvorvidt hele den kvalitative undersøgelse kan relateres til andre kontekster. Selve casen har været en medicinsk sengeafdeling, og derfor har patienterne også haft bestemte sygdomme. Derfor kan det også være svært at generalisere til andre sammenhænge, da hospitalsafdelinger er forskelligt indrettet, og patientsammensætningen er ligeledes anderledes. Derfor kan genkendeligheden opfyldes ved andre afdelinger der ligner 9Ø, og som også har behov for større fysisk aktivitet under indlæggelse. Dette omhandler de tidligere afdelinger, der også har implementeret TEMP 3, hvor de ressourcemæssigt og organisatorisk er sammenlignelige, men genkendeligheden er lav for andre kontekster, endda afdelinger på samme hospital, som ikke har implementeret TEMP 3 .

6.1.4 Litteraturstudie

Følgende afsnit vil indeholde en diskussion af den metodiske tilgang til litteraturstudiet. Den anden søgning vil primært diskuteres, da resultaterne fra denne underbygger besvarelsen af forskningsspørgsmål 3. Herunder vil først de anvendte databaser og limitations diskuteres, herefter vil søgestrategien diskuteres og sidst vil udvælgelsen og vurderingen af litteratur diskuteres.

Databaser og kriterier

I arbejdet med søgning af litteratur har projektgruppen i alt anvendt otte databaser. Fem af disse er blevet anvendt i den indledende søgning, mens seks databaser blev anvendt i den anden søgning til besvarelsen af forskningsspørgsmål 3. Begrundelse og beskrivelse af databasernes relevans ift. projektet er beskrevet i metoden. Projektgruppen valgte at tilføje Sociological Abstracts og Psychinfo til anden søgning for at få flere hits af kvalitative studier. Da forskningsspørgsmål 3 lægger op til at anvende kvalitativ data til besvarelsen, er der derfor valgt at inkludere to databaser, der primært linker til kvalitative studier. Der blev i anden søgning anvendt følgende fire facetter; indlagte patienter, fysisk aktivitet, intervention og kvalitative studier. Af resultaterne fra litteraturstudiet fremgår det, at tre af otte inkluderede studier er kvalitative. Dette kan kritiseres, da forskningsspørgsmål 3 primært skulle besvares ud fra patienters oplevelser. Der kunne med fordel være tilføjet flere søgeord, der relaterede sig til kvalitativ data. Eksempelvis kunne projektgruppen have inkluderet søgeord som; oplevelser, følelser eller beretninger. Dette havde evt. givet flere kvalitative studier, der kunne have suppleret nærværende projekts kvalitative data.

Projektgruppen har inden udvælgelsesprocessen gik i gang opstillet in- og eksklusions kriterier, som skulle hjælpe med at afgrænse artiklerne. Enkelte databaser gav mulighed for at tilkoble kriterierne direkte til søgningen, hvilket gav den fordel, at projektgruppen ikke selv skulle inkludere disse kriterier i sorteringen. Hvor det var muligt blev der sat limits passende til in- og eksklusionskriterierne. Selvom projektgruppen anvendte limits i databaserne, gav søgningerne et stort antal hits, der ikke passede til de kriterier og søgeord, der var tilkøbet søgningen. Dette kan skyldes, at enkelte databaser eller studienes forfattere ikke har kategoriseret deres emneord, at søgeordene ikke var præcise nok eller i værste fald, at databasens filtrering ikke virker.

Søgestrategi

Inden søgningen blev foretaget blev der udarbejdet søgeord, som i hver database blev oversat til engelsk og herefter blev der fundet et passende kategoriseret ord. Projektgruppen kunne ikke altid finde dækkende søgeord for de danske termer, hvilket har resulteret i, at projektgruppen i enkelte databaser har medtaget flere søgeord under hver facet. Yderligere har projektgruppen foretaget enkelte variationer mellem de forskellige databaser, og dette skete ved at tilføje trunkering til de fritekstord, der ikke gav tilstrækkelig mange hits. For at øge gennemsigtigheden i søgningen, har begge gruppemedlemmer udført søgninger i samtlige databaser for at sikre, at samme antal resultater forekommer. Ses der i et kritisk perspektiv på søgestrategien, kan manglende anvendelse af trunkering i alle søgeord resultere i, at der er nogle studier som ikke er fundet, fordi alle endelser på eksempelvis ordet "patient" ikke er kommet med. Dette vurderes som en svaghed, da nogle brugbare studier evt. ikke er blevet fundet. Der er brugt flere forskellige synonymer både som emneord og som fritekst, hvilket mindsker denne risiko.

Slutteligt kan det siges om publicerede studier generelt, at de studier, som viser statistisk signifikans i resultaterne og positiv effekt af interventionen, synes at have lettere adgang til at blive publiceret. Hvorimod de som ikke viser signifikant effekt, synes mindre tilgængelige for offentligheden, hvilket betegnes publikationsbias (67). Der er ikke taget yderligere højde for dette i projektet, hvilket gør, at der kan være en overvurdering af effekten fra interventionerne i studierne. En konsekvens heraf kunne være, at analysen viser, at interventionerne har større effekt end hvad virkeligheden reelt er.

Udvælgelse og vurdering

De kriterier, der ikke var mulige at implementere direkte i søgningen, blev manuelt anvendt i udvælgelsen af artikler. I relation til udvælgelsen af litteratur har kriterierne givet en stringens i udvælgelse og en præcision ift. de studier, der vurderes relevante. For at inkludere de mest relevante studier til besvarelsen af forskningsspørgsmål 3, har begge projektmedlemmer deltaget aktivt i litteratursorteringen. I den primære sortering har projektgruppen delt artiklerne imellem sig, og udelukkende diskuteret tvivlsomme artikler.

Svagheden kan være, at der kan være uoverensstemmelser omkring enkelte studier, der synes at skulle frasorteres af den ene forfatter, men inkluderes af den anden. Som tidligere nævnt kan manglende kategorisering af studierne emneord have påvirket udvælgelsen, og der kan overses nogle studier pga. manglende indhold i titel og abstract.

Ligesom ovenstående problematik med opdeling af artikelsorteringen kan vurderingen af artiklerne være fejlbehæftet. Gruppemedlemmers subjektive fortolkning kan gøre sig gældende ved vurdering af artiklernes kvalitet ud fra tjeklisterne, hvilket kan komme til udtryk ved forskellige scorere af artiklerne. For efterfølgende at minimere denne risiko har begge medlemmer gennemlæst de otte udvalgte artikler og derefter den tilhørende checkliste for at sikre enighed om scoren. Dette kunne med fordel være gjort inden vurderingen ved at lade begge medlemmer vurdere samtlige artikler uafhængigt af hinanden og derefter sammenligne resultaterne. Dette havde dog betydet en længere process.

Ovenstående problematikker gør, at reliabiliteten forringes, da gentagne søgninger muligvis ikke vil give de samme resultater. Ligeledes gør det sig gældende ved vurderingen, hvor flere uafhængige vurderinger muligvis ville give andre resultater, og dette kaldes intertester reliabilitet (67).

Ift. projektets resultater af litteraturen betyder ovenstående, at de fundne studier til en vis grad kan understøtte patienternes oplevelser til videreudviklingen af TEMP 3.

6.2 Diskussion af resultater

I følgende afsnit bliver de fremkomne resultater diskuteret med udgangspunkt i de tre opstillede forskningsspørgsmål. Ved besvarelse af forskningsspørgsmål 1 vil de kvantitative resultater hovedsageligt blive diskuteret, og de kvalitative resultater supplerer. Ved besvarelse af forskningsspørgsmål 2 vil de kvalitative resultater diskuteres, og ved besvarelse af forskningsspørgsmål 3 vil de kvalitative resultater og den fundne litteratur blive diskuteret.

6.2.1 TEMP 3 som intervention til fremme af fysisk aktivitet under indlæggelse

I dette afsnit svares der på forskningsspørgsmål 1: Bidrager TEMP 3 til at fremme fysisk aktivitet for de skrøbelige patienter indlagt på 9Ø?

De statistiske resultater viser, at TEMP 3 ikke fungerer, når selve interventionen sættes som eksponering, og antal skridt, MET, liggende timer og sovende timer sættes som outcome. Derimod har både alder og hjælpegruppe indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau på 9Ø. Resultaterne kan dog være influeret af bias, da de to grupper ikke er ens. Dette gælder både for aldersgruppen og hjælpegruppen. Da det er påvist, at de ældre og mere skrøbelige bevæger sig mindre end de patienter der er yngre, og mere robuste (9)(10)(11), kan dette især vise et skævt billede af, hvordan det er på afdelingen. I kontrolgruppen ses det, at 66,67% af patienterne er over 65 år gamle hvorimod blot 47,62% har tilsvarende alder i interventionsgruppen. Dette kan påvirke det målte aktivitetsniveau i kontrolgruppen, der forventligt ligger lavere end i interventionsgruppen. Det er dog ikke tilfældet med SWA, hvor der ikke er signifikant forskel på de to grupper. Kigges der nærmere på tallene kan man dog se, at interventionsgruppen både ligger og sover i kortere tid end kontrolgruppen, og dette kan være grundet den skæve selektion. Ligeledes er MET tæt på at være signifikant (p -værdi=0,0727), og resultatet kan også kontribueres til den skæve fordeling mellem grupperne.

Yderligere kan det ses, at sammensætningen i patienter fordelt på hjælpegruppe ikke ligner hinanden. I kontrolgruppen er der 12 patienter i SH og 9 i LH, og i interventionsgruppen er der 15 i SH og blot 6 i LH. Resultaterne repræsenterer derfor ikke den gruppe, der har størst behov for fysisk aktivitet, da de skrøbelige oftere skal bruge mere hjælp fra personalet, hvilket også nævnes af Verner og Claudia i interviewene. Inklusionen af flere LH patienter kan dog være begrænset af deres lyst til at have påført SWA eller deres indlæggelsestid, eller af tilfældighed for hvilke patienter, der var indlagt i det givne tidsrum. De patienter der ikke er selvhjulpne har en lavere fysisk handlekapacitet end de patienter der er selvhjulpne. Dette begrænser deres mulighed til at indri ægte mål ift. fysisk aktivitetsniveau, men på den anden side er handlekapaciteten også et produkt af de normer der eksisterer hos individet ifm. dyrkning af fysisk aktivitet. Bettina er i SH

gruppen og Frida er i LH gruppen og de har samme holdning vedrørende fysisk aktivitet når de er indlagte. De vil ikke dyrke fysisk aktivitet, selvom de har de fysiske kompetencer til at kunne. Dette kan dog ligeledes være et udtryk for, at patienterne ikke forstår vigtigheden af at være fysisk aktiv under indlæggelse. Der kan argumenteres for, at det autonomien er sikret hos patienter, og der er ikke noget personale der tvinger dem til at skulle udføre fysisk aktivitet. Dette viser, at dyrkelsen af aktivitet er individafhængigt og det respekteres af personalet. Dog er det en reel mulighed for at personalet har travlt til at implementere en intervention der har et individuelt fokus, dette underbygges i flere patienternes udtalelser, som påpeger at personalet har meget travlt. Og samtidig er der mere end bare fysisk funktionsniveau at tage højde for ift. at udvikle en intervention der favner alle patienter.

De statistiske resultater kunne endvidere være påvirket af inklusionen af hjælpegruppen 'meget hjælp', som er de patienter der er i størst risiko for at være inaktive under indlæggelse. Selvom TEMP 3 især skal ramme denne gruppe er det tankevækkende at gruppen ikke er inkluderet. Gruppen ville højst sandsynligt have påvirket resultatet i både kontrol- og interventionsgruppen, så estimatet for antal skridt og MET ville være lavere, mens antal liggende og sovende timer ville være højere. Det ville dog påvirke begge grupper, hvorfor der stadig ikke ville være forskel på kontrol- og interventionsgruppe. Det kan dog allerede ses ved hjælpegruppen med 'lidt hjælp' at de er meget mindre aktive end SH (Tabel 6). Dette bekræfter, at det er de svage, interventionen skal ramme, men dette er ikke lykket med TEMP 3, hvor initiativet ligger hos patienten selv. Og det er yderligere med til at danne grundlag for, at udviklingen skal fortsætte, hvis de svageste patienter skal have hjælp. Med TEMP 3 prøver personalet at skabe en liberal stemning omkring fysisk aktivitetsniveau, hvor autonomien hos patienten kommer først, og de skal skabe deres egne mål omkring dyrkelse af fysisk aktivitet. Det kan dog ses, at denne tilgang ikke resulterer i større fysisk aktivitetsniveau, og det kan tænkes, at en tilgang der var mere åben og informativ, og hvor patienterne stræbede mere efter uægte mål ville være gunstig.

TEMP 3 har som skrevet ikke ramt de patienter der især har behov for mere fysisk aktivitet under indlæggelse, hvilket både de statistiske resultater samt analysen af interviewene viser. Smerte, og dårligt helbred generelt, er nogle af de barrierer der forekommer mest, hos de patienter der er sengeliggende, hvilket også underbygges i flere studier (23)(22). Verner nævner sin dårlige ryg som et problem ift. at kunne komme op på cyklen og bevæge sig rundt. Claudia er sengeliggende og kan heller ikke gå rundt på afdelingen. De har begge lav handlekapacitet, men de vil begge gerne dyrke fysisk aktivitet, hvorfor der er uoverensstemmelse mellem målsætningen hos dem og den handlekapacitet der har under indlæggelse. Dette er derfor med til at gøre dem mere usunde ift. indfrielsen af mål. Her er der at gøre med en patient der befinder sig i LH-gruppen, og en der befinder sig i SH-gruppen, hvilket inkluderer dem i målgruppen for TEMP 3, men interventionen kan ikke afhjælpe dem med de problemer de har, da de ikke selv kan tage initiativ til at komme igang med fysisk aktivitet. Der kan dog i dette tilfælde ses en uoverensstemmelse mellem kategoriseringerne af patienterne i

hjelpegrupper. 9Ø har kategoriseret Claudia som SH, selvom hun ikke har mulighed for at komme ud af sengen, uden megen hjælp, grundet smerter. Det kan medvirke, at estimatet for den statistiske analyse bliver endnu mere usikkert, når der kontrolleres for hjælpegruppe, da en patient som Claudia vil trække estimatet ned hos SH gruppen. Det kan være samme procedure er sket ved andre patienter, og det virker til at kategoriseringen hos personalet ikke har været stringent, hvilket kan afspejle resultaterne. Det er derfor muligt, at der vil være endnu større forskel mellem hjælpegrupperne, og behovet for at hjælpe de svage bliver stadig større. En lille sample kan yderligere være mere sensitiv overfor forskelle mellem grupperne. En større stikprøve, indsamlet over længere tid, ville være at foretrække, da grupperne højst sandsynligt ville ligne hinanden mere. Når der arbejdes med en lille stikprøve som i dette projekt, hvor der i alt er 42 patienter er det essentielt, at grupperne ligner hinanden for at få præcise statistiske resultater.

Overordnet set bidrager TEMP 3 ikke til at fremme det fysiske aktivitetsniveau hos patienterne på 9Ø. Herunder er det især et problem at aktivere de skrøbelige patienter, som ellers er målet med interventionen. De statistiske resultater forekommer dog at have en del usikkerhed, og dette skyldes især gruppernes demografiske forskelle, og målebias ift. begge grupper. Der er derfor differentieret målebias, da der især i hjælpegrupperne højst sandsynligt er et resultat der er overestimeret for LH og underestimeret for SH. Indtil kategoriseringen af grupperne og inklusionskriterierne er ensstemmig mellem personalet på 9Ø og den person der påsætter SWA, vil der forekomme systematisk misklassifikation. Det vil sige, at resultaterne vil være over- eller underestimeret ligemeget hvor mange patienter der er i populationen, og hver gang vil der komme et forkert estimat ud.

Det kan opsamlende vises, at der ingen statistisk sammenhæng er mellem TEMP 3 og aktivitetsniveau. Selvom resultaterne er upræcise, vil den manglende statistiske forskel mellem grupperne stadig være prævalent selvom målebias minimeres. Ligeledes udtrykker de patienter der er sengeliggende, at de ikke har mulighed for at anvende de aktiviteter der tilbydes ved TEMP 3. Derfor er TEMP 3 ikke alene den rette intervention til at hjælpe de skrøbelige patienter med at blive mere fysisk aktive under indlæggelse.

6.2.2 Patienternes oplevelse af TEMP 3

I følgende afsnit diskuteres forskningsspørgsmål 2: Hvordan oplever patienterne interventionen TEMP 3, og mulighed for at benytte træningsaktiviteterne, samt fællestræningen?

Diskussionen vil være opdelt efter de muligheder og barrierer patienterne giver udtryk for at opleve, ligesom i den kvalitative analyse.

Muligheder

Der er fremanalyseret fire overordnede muligheder for at kunne være fysisk aktiv under indlæggelse for patienterne. Den første mulighed er personalets hjælp, hvor flere af patienterne giver udtryk for, at nudging hjælper dem med at komme ud af sengen og anvende faciliteterne. Det gælder både SH patienter og LH patienter. Nudging oplever de fleste patienter som værende en mulighed for at komme ud af sengen, men det er samtidig vigtigt, at personalet er opmærksom på patienternes individuelle holdning vedrørende fysisk aktivitet.

Enkelte patienter nævner eget helbred og indre motivation som faktorer personalet skal tage med i deres overvejelser inden de anvender nudging til at få patienterne ud af sengen. Dette ses i de udtalelserne fra Claudia og Verner, som anvendes i den kvalitative analyse under muligheder. Der kan altså argumenteres for, at patienterne oplever nudging som en mulighed, så længe deres autonomi respekteres og tænkes ind i interventionen. Samtidig oplever Johnny, at personalets nudging irriterer ham, da han gerne vil sove længe og være indlagt på egne præmisser. Det er med til at understrege at nudging skal ske med tanke på det enkelte individ, og det kan ikke generaliseres til at virke hos alle patienterne. Nødvendigheden for at respektere det enkelte individ som et autonomt subjekt stemmer ifølge Wackerhausen overens med de vestlige værdier og den voksende individualisme (49). Det er derfor i disharmoni med den herskende individualisme, når personalet ikke får taget hensyn til den enkelte patients behov. Dette påvirker specielt de mest skrøbelige patienter, da disse har flere problematikker at tage hensyn til sammenlignet med de mest friske patienter. Det ses af den kvalitative analyse, at nudging primært anvendes til at få patienterne ud af sengen og gå tur. Ingen patienter tilkendegiver, at de er blevet motiveret til at være aktive i sengen, hvilket primært kan være et tab for de svageste patienter, der ikke kan komme ud af sengen. Dog skal det påpeges, at den kvalitative analyse ikke bygger på data fra de allersvageste patienter i gruppen MH, så hvorvidt anvendelse af nudging foregår anderledes hos denne patientgruppe er uvist. De patienter, der har mulighed for at komme ud af sengen, oplever, udover nudging, at personalet er gode til at hjælpe det sidste stykke, så de kan komme op. Der kan dog argumenteres for, at dette hovedsageligt gælder for LH og MH patienterne, hvorimod de friske ikke har behov for dette.

Den anden mulighedsgivende faktor, for patienterne, er de pårørende og den motiverende faktor, de kan bidrage med. De pårørende kan hjælpe patienterne til at gå ture, og Bettina har f.eks. en aftale med sine pårørende om, at hun henter dem nede i indgangshallen, når de kommer. Der skal dog tages højde for patienternes baggrund ifm. pårørende. Det er ikke sikkert, at alle patienter har pårørende, der kan fungere som en motiverende faktor, som Frida ellers nævner, at de kan være. Denne faktor har ikke noget at gøre med TEMP 3, men kan være relevant ifm. udvikling af interventionen, da dette netop for enkelte patienter fremmer deres aktivitetsniveau. Der kan argumenteres for, at pårørende kan være med til at øge den subjektbundne handlekapacitet hos patienterne, hvis de formår at hjælpe dem, men samtidig er det vigtigt, at de pårørende

ikke opsætter uægte mål på patientens vegne. Det er ikke fremanalyseret, hvorvidt de pårørende har en rolle hos de skrøbelige patienter, men de kunne evt. aktivt fungere som en støtte inde på stuen.

En tredje mulighed er kendskab til de faciliteter der er på afdelingen. Enkelte patienter kender til de faciliteter der eksisterer, og de patienter er motiveret af, at udstyret er tilgængeligt. Det er dog en meget lille del af patienterne der har det på denne måde, hvorfor denne mulighed er minimal på afdelingen. Kendskab til faciliteterne kan også vurderes at være irrelevante for de patienter, der alligevel er bundet til sengen, da størstedelen af de tilbud der er på afdelingen, er afhængige af at patienterne er mobile, hvorfor disse dele af TEMP 3 ikke kan bidrage til øget aktivitet og målsætning hos disse patienter.

Patienterne oplever ligeledes omgivelserne som en mulighed til at være fysisk aktive. Enkelte patienter oplever, at personalet er gode til at motivere dem til at komme ud af sengen og nyde udsigten og omgivelserne omkring afdelingen. Dog gavner dette primært de mest friske patienter, da disse har muligheden for at bevæge sig udenfor stuen relativt uproblematisk og uden megen hjælp fra personalet. Det er dog positivt, at de naturlige omgivelser kan motivere enkelte patienter til aktivitet, og derfor bør denne viden anvendes aktivt af personalet i deres nudging af relativt friske patienter.

Barrierer

Hvor mulighederne omhandler den fysiske aktivitet generelt på 9Ø, omhandler barriererne mere specifikt TEMP 3. Der er fremanalyseret fire barrierer, hvor den manglende information fra personalet er den største. Stort set alle patienter udtrykker deres utilfredshed over det manglende kendskab til, hvad der eksisterer på afdelingen. Da denne barriere nævnes af alle patienter, er der grund til at tro, at det kan generaliseres som værende en stor barriere for det fysiske aktivitetsniveau. De manglende ressourcer og travlhed hos personalet kan være en faktor til den manglende information, men skal fysisk aktivitet prioriteres på afdeling, må den manglende information elimineres. Det kan diskuteres hvorvidt, alle patienter alligevel ville anvende TEMP 3, såfremt de havde fået information om det, men bare det at vide, at muligheden er der, er vigtigt for at få patienterne til at anvende en intervention, de selv skal tage initiativ til. Det primære mål med indlæggelsen er for patienterne at blive raske, men den manglende information fratager dem muligheden for at kunne opstille og indfri ægte mål, der kunne have at gøre med fysisk aktivitet under deres indlæggelse. Direkte negativt bliver det, når patienterne ikke ved, hvilke aktiviteter der udføres til fællestræningen, og dette kan skabe frygt hos patienterne og i sidste ende skræmme dem væk og nedbryde deres lyst. Set fra et ressourcemæssigt udgangspunkt er dele af TEMP 3 reelt set spild af plads og ressourcer, hvis patienterne alligevel ikke bliver informeret om det. Dette gælder primært træningshjørnet som kun er anvendt af én og ikke fællestræningen som blev anvendt af flere patienter.

Patienterne oplever ligeledes placeringen af træningshjørnet som en barriere. Flere patienter nævner, at de først efter flere dages indlæggelse, næsten ved et tilfælde opdager, at træningshjørnet eksisterer. Dette skyldes dog to forskellige problematikker. Først og fremmest har patienterne svært ved at se og komme tæt på hjørnet

grundet overbelægning på afdelingen, yderligere finder patienterne, at en plante dækker for udsynet til hjørnet, hvorfor patienterne må helt ned bag planten for at se de redskaber der er i træningshjørnet. Dette hænger sammen med den manglende information, hvor patienterne skal vide, at træningshjørnet er der for at kunne anvende det. Der kan dog argumenteres for, at træningshjørnet evt. står i bunden af afdelingen for at skabe en form for privatliv, men de fleste patienter har ikke nævnt det som en mulighed, så etisk vil det ikke være problematisk at kunne placere det andetsteds. Selvom placeringen af træningshjørnet er en barriere for patienterne, kan det tænkes at være en sikkerhed for de svagere patienter, da de kan ses af både personale og andre patienter, såfremt de anvender hjørnet og falder eller andet. Dog kan placeringen af cyklen bag en stor plante negligere dette argument, da udsynet er blokeret, hvorfor det alligevel ikke kommer de svageste patienter til gode.

Patienterne opfatter ligeledes smerter som en barriere for deltagelse i TEMP 3. Skal disse patienter have mulighed for at være fysisk aktive, skal personalet være i stand til at differentierer deres forsøg på nudging når de taler med forskellige patienter. Enkelte patienter er eksempelvis bundet til sengen grundet smerter i underekstremiteterne, og i denne situation er deres handlekapacitet meget lav. Formår personalet ikke at komme med relevante tilbud til disse patienter, risikerer man at tabe dem og relativt hurtigt vil disse patienter miste funktionsniveau, hvilket kan resultere i behovet for ressourcekrævende genoptræningsprogrammer. Ligeledes mangler enkelte patienter viden om deres smerter, og hvorledes fysisk aktivitet vil have en positiv eller negativ effekt på dem.

Sidste barriere er mangel på instruktion til anvendelsen af de redskaber, der findes på afdelingen. De få der har kendskab til faciliteterne savner at få instruktioner i, hvordan de anvendes. Her snakker patienterne bl.a. om de øvelser, der kan laves med elastikkerne, da de er bange for at lave dem forkert. Dette går især udover de patienter uden træningserfaring, og dem der har svagere muskler. Ligeledes ønsker patienterne en bedre differentiering, så de ældste og yngste ikke laver samme øvelser, og det samme for de skrøbelige kontra de friske. Her tænkes det, at der skulle differentieres på intensitet, gentagelser, modstand og generelt i øvelserne. En barriere der også forbindes med lavere fysisk aktivitetsniveau er de manglende instruktioner ift. cyklen. Der er ingen instruktioner i, hvordan den kan indstilles til hver enkelt patient, og samtidig viser displayet på cyklen miles i stedet for kilometer og betjeningen foregår på engelsk.

Opsummerende kan det ses, at barrierer vægter tungere hos patienterne på 9Ø i forhold til mulighederne. Patienterne oplever TEMP 3 som værende svært tilgængeligt, og det er ikke blevet en integreret del af afdelingen, da personalet end ikke informerer omkring det. Mulighederne på afdelingen omhandler ikke TEMP 3, men mere hvad mulighederne er for at kunne komme ud af sengen, gå små ture mm. Derfor er det naturligt at ønske et større fokus på TEMP 3, da patienterne faktisk ser muligheder for at være fysisk aktive under indlæggelse, hvilket de generelt omtaler positivt.

6.2.3 Udvikling af TEMP 3

I følgende afsnit diskuteres det, hvordan TEMP 3 kan udvikles. Dette vil gøres ud fra de fundne litterære studier samt de kvalitative interviews. Der søges at svare på forskningsspørgsmål 3: Hvorledes kan patienternes perspektiv, samt bidrag fra litteratur omkring lignende interventioner, medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 i 9Ø?

Information

For at øge det fysiske aktivitetsniveau på afdelingen foreslår patienterne bl.a. mere information fra personalet. Flere patienter savner central information, hvilket kunne være en opslagstavle, hvor der hænger informationer knyttet til faciliteterne og hvordan øvelserne udføres. Informationen hænger til dels sammen med ønsket om en mere synlig placering af TEMP 3, hvorfor en udvikling mod dette virker gavnligt. I studiet af Swenne & Skytt argumenteres der for, at stuegangen er et godt tidspunkt at involvere patienten i information, som ikke kun er begrænset til deres primære diagnose. I studiet står der, at der cirka er afsat 2.5 minutter til hver patient, såfremt de ligger på en 4-mands stue (68). Det vides ikke, hvor meget tid der er afsat til hver enkelt patient under stuegang på 9Ø, men det må formodes, at der er mere tid til hver enkelt patient, da de højst ligger på 3-mands stuer. I studiet ses det dog også, at patienterne modtager informationen forskelligt, alt efter hvor interesserede de er i emnet der snakkes om. Dette understøtter det åbne sundhedsbegreb, hvor hver enkelt patient har en subjektiv handlekapacitet, og fungerer som et autonomt subjekt.

Skal TEMP 3 udvikles mod denne dimension, vil det dog være hensigtsmæssigt først at informere patienterne om træning lidt tid efter indlæggelse, da det vigtigste er information om deres primære diagnose. Ved udførelse af de kvalitative interviews har projektgruppen dog oplevet, at de etisk forsvarlige dilemmaer sættes i høj prioritet fra personalets side, hvorfor dette ikke burde være et problem. Nogle patienter vidste ikke, at der var hverken fællestræning eller træningshjørne, og Claudia foreslår, at der tilbydes mere information, omkring hvad fællestræningen indeholder, og hun mener det evt. kunne gøres ved en instruktionsvideo. Spørgsmålet er så, hvordan denne video distribueres til patienterne bedst muligt, da der ikke er videoafspillere på afdelingerne. En skærm ved træningshjørnet kunne evt. anvendes til det i stedet for, at øvelserne illustreres på papir. En anden løsning kunne være at tilføje en info-kanal til de allerede eksisterende fjernsyn. Dette vil gøre videoen tilgængelig for alle patienter, da der er fjernsyn på alle stuer. En af de faktorer, patienterne ser som en mulighed for træning er, at personalet hjælper dem lidt igang og hjælper dem med at fastsætte nogle individuelle mål. I studiet af Levack et al. undersøges individuel målsætning, og det viser sig ikke at virke ift. fysisk aktivitet (69). I studiet er det dog en forholdsvis lille sample, da kun tre studier i reviewet omhandler fysisk aktivitet, men det kan give en idé om, at målsætning ikke er en løsning der duer i længden. Yderligere kan der argumenteres for, at en liberalistisk intervention, der lægger initiativet i patienternes hænder, ikke fungerer efter hensigten. Derfor vil opstilling af uægte mål, jf Wackerhausen, på patientens vegne måske kunne bidrage til mere fysisk aktivitet, på trods af, at det er henimod en paternalistisk forebyggelsesstrategi (39).

Placering

Som fremanalyseret, mener stort set alle patienter, at træningshjørnet skal være mere synligt, da patienterne ikke ved hvad det indeholder. Lennart mener, at træningshjørnet kan flyttes ud mellem gangen og elevatorerne, så man ser det inden man kommer ind på afdelingen. Dette kan dog være en hindring for anvendelse af hjørnet for de skrøbeligere patienter, da de ikke kan ses fra afdelingen, og dermed er der ikke samme tryghed, hvis de skulle vælte eller andet. Ligeledes ændrer dette ikke på, at træningshjørnet stadig vil ligge yderligt. Til gengæld giver en sådan placering mere privatliv, og kan potentielt gøre det mere synligt. Kan hjørnet ikke flyttes grundet manglende plads, kan planten i det mindste flyttes. Udover en flytning af selve træningshjørnet ønsker patienterne, at redskaberne flyttes ind på stuerne, herunder især elastikker og stepbænke. Under interviewet med Claudia, stod stepbænken fra træningshjørnet inde på hendes stue, og hun så det som værende positivt for en skrøbelig patient som hende at få redskaberne tæt ved sengen. Ligeledes foreslog flere patienter, at der med fordel også kunne være elastikker monteret ved sengene. Elastikkerne vil kunne aktivere de skrøbeligere patienter bedre, hvis de monteres ved/på sengene. Til gengæld kan redskaber på stuen gøre det sværere for personalet at manøvrere rundt, men de kunne i sådanne tilfælde enten gemmes væk i skabe eller skubbes under sengen. Yderligere kræver dette en smule flere ressourcer end der bruges på TEMP 3 på nuværende tidspunkt, da samtlige stuer skulle være forsynet med en stepbænke og elastikker.

Udbud og differentiering

Udover information og placering af træningshjørnet ønsker patienterne også, at flere redskaber bliver en del af træningshjørnet og fredagstræningen. Sisse havde f.eks. set en mand efterspørge håndvægte til fredagstræningen, men han fik aldrig lov at låne dem på trods af, at de lå i kurven. Dette er et udviklingspotentiale, der kan differentieres ift. patientgrupper, da patienterne har forskellige behov ift. træningen, og nogle patienter finder f.eks. elastikkerne for lette. Lennart mener ligeledes, at der skal tages højde for de forskellige aldersgrupper, når der laves fællestræning, da de ældre oftere er mere skrøbelige end de yngre patienter. Ekstra udstyr på afdelingen vil være en engangsudgift, og vil skabe et større udvalg for patienterne. Til gengæld vil det kræve flere ressourcer, såfremt der skal tages hensyn til de forskellige aldersgrupper til fællestræningen, men evt. kunne en ekstra fællestræning introduceres, så afdelingen opdeles i aldersgrupper, der træner på forskellige dage. Spørgsmålet er, om det alligevel vil få de skrøbelige patienter ud af sengene. I studiet af Sullivan & Wall undersøges effekten af at skrøbelige ældre patienter får tre ekstra træningsgange om ugen, og det viser positiv effekt, hvilket også blev konkluderet i et dansk studie(20). Ingen af de skrøbelige patienter oplevede forværring af deres fysiske funktionsniveau (70). På baggrund heraf kunne en indførsel af en ekstra fællestræning bidrage til større aktivitetsniveau hos også de skrøbelige patienter, og det burde være en prioritet hos afdelingen. I stedet for at differentiere træningerne ud fra aldersgrupper, kan der argumenteres for, at patienterne er mere begrænset af deres afhængighed af hjælp fremfor alder, hvorfor træning med fordel kan deles op efter SH, LH og MH grupperne. Det kan dog ses, at der lige nu er et problem

med kategoriseringen af patienterne, og det kan gå udover enkelte patienter, der måske ikke kan komme ud af sengen selvom de er i SH gruppen.

I et studie af Killey & Watt, undersøges effekten af en intervention indeholdende et gå-program. Programmet er relativt simpelt opbygget; patienterne går fra seng til de trænger til et hvil, her stilles en stol til rådighed, hvor de efter en kort pause skal gå tilbage til sengen, og det gør, at interventionen er relativt ressourcevenlig (71). Ligeledes er interventionen naturligt differentieret, da patienternes maksimale gå afstand varierer. En sådan intervention indeholder ligeledes et aspekt, hvor patienterne kan konkurrere med sig selv, om hver dag at gå lidt længere end dagen før, hvilket Lennart til dels efterlyser. Dette vil ydermere give patienten mulighed for at opnå og udvide sine ægte mål på daglig basis. Da det kan være en smule ressourcekrævende at følge efter en patient med en stol, kunne man med fordel anvende rollatorer, som naturligt er bygget med en "hvileplads". Dette ville gøre, at de mest friske patienter kunne udføre programmet alene, mens f.eks. LH-gruppen kunne låne en rollator og MH-gruppen kunne enten modtage hjælp fra pårørende, andre patienter eller personalet.

I studiet af Fager & Burnfield testes forskellig teknologi af patienterne som et led i deres rehabilitering. Patienternes holdning til teknologien er positiv, men de patienter der ikke er vant til teknologi fra dagligdagen skal bruge instruktion i det, og skal patienterne selv bruge det, kræver det brugervenlig teknologi (72). I studiet konkluderes det dog, at det kan være svært at finde teknologi, der tager højde for de svageste. Dermed kan teknologi potentielt fremme fysisk aktivitet, men umiddelbart ikke for de skrøbeligste, der er målgruppen ved TEMP 3. I studiet af Jahn et al. undersøges patienternes oplevelse af at spille på en Nintendo Wii til at fremme aktivitet. Generelt er patienterne positive omkring det, men de skrøbeligste patienter havde ikke oplevet sådan noget før (73). Derfor vil en intervention som denne ikke hjælpe de svageste patienter. Brug af konsollen afhænger af alder og den tekniske snilde patienterne i forvejen besidder. Der kan argumenteres for, at TEMP 3 kan udvikles i en teknologisk dimension for at være fremtidssikret, da teknologi er en større del af hverdagen for yngre mennesker. Men de ældre patienter der lige nu indlægges, er en del af en generation, hvor teknologi ikke er ligeså fremtræden, hvorfor det måske ikke vil bidrage til deres fysiske aktivitetsniveau grundet besvær ved brugen af det. Lennart efterlyser lidt i samme stil, at man kunne hænge en darts kive op, netop for at skabe motivation og socialt samvær gennem spil. Som ovenstående henvender dette tilbud sig dog ikke til de svageste.

Yderligere teknologiske udviklingsforslag kunne være at anvende web-baserede interventioner. Et systematisk review af Kuijpers et. al. samler studier der undersøger web-baserede interventioner. Enkelte studier i reviewet viser en signifikant effekt af interventionerne, mens størstedelen finder blandede resultater. Længden af interventionerne i reviewet svinger fra 1 måned til 18 måneders varighed (74). Dette kan være en ulempe, da der ikke nødvendigvis er ressourcer til opfølgning. Dog er styrken, at patienterne selv kan styre intensitet,

tidspunkt og mængden af anvendelse. Reviewet konkluderer, at interventioner længere end 12 måneder viser den største effekt, hvilket intuitivt virker naturligt. Dette kan dog være problematisk, da det danske sundhedssystem, er opbygget således at ressourcerne under indlæggelse kommer fra Regionerne, og efter udskrivelsen fra kommunerne (19).

Supplerende udviklingsforslag

Supplerende udviklingsforslag kommer bl.a. i form af små justeringer på afdelingen, som ligger lidt længere væk fra TEMP 3. Det må formodes, at mange patienter på 9Ø har drop-stativ, og derfor kan de ikke hente mad selv. Dette ville kunne løses med en vogn, hvor maden står på. På denne måde kommer de svagere ud af sengen og henter egen mad, og personalet afhjælpes, da de ikke skal bruge tid på at hjælpe patienterne. Der vil dog skulle investeres i sådanne vogne, og dette kunne evt. være en rollator påført et dropstativ, som kan stå til rådighed på afdelingen. Derudover foreslår Sisse, at de mere friske patienter kan hjælpe de skrøbeligere patienter med at komme ud af sengen, gå ture, hente mad og andet. Dette vil både være med til at skabe et større socialt sammenhold på afdelingen, og personalet vil igen kunne spare ressourcer ved at gøre det på denne måde. Selve ansvaret for patienten lægges dog over til de andre patienter, hvorfor der kan stilles spørgsmål ved, om det er en etisk forsvarlig måde at udnytte patienterne på. Dette udgangspunkt med patienthjælp kunne ligeledes indtænkes i gå-programmet fra studiet af Killey & Watt, hvor de friske patienter med fordel kan stå for administrering og hjælp til de skrøbelige patienter ved at finde stole til dem, og motivere dem. Derudover viser studiet af Mah et al. at ekstra personale til hjælp af de svageste patienter på en intensivafdeling hjælper på funktionsniveauet hos patienterne (75). Det vurderes, at et sådan program er ressourcevenligt på intensivafdelinger, men vil ikke umiddelbart kunne overføres til 9Ø, hvor ressourcerne er begrænsede, og patienterne umiddelbart har det bedre end på intensiv. Ved ubegrænsede ressourcer ville et sådan program dog være at foretrække, da hver patient får skræddersyet træningen efter behov, og dette er noget der især kunne gavne de skrøbeligste patienter, da et af programmerne f.eks. er, at komme op og sidde i sengen.

Opsummerende kan det ses, at patienterne på 9Ø ønsker udvikling i form af større tilgængelighed af træningsfaciliteterne og information fra personalet. Supplerende kan teknologi inkorporeres i TEMP 3 samt gå-programmet fra studiet af Killey & Watt. Der skal tages højde for begrænsede ressourcer, og derfor kan udviklingen af TEMP 3 ske i forskellige retninger, som alle tager højde for ressourcerne. Udviklingsforslagene præsenteres i næste afsnit, og der redegøres for hvilken forandring disse kunne medføre på 9Ø.

7.0 Udviklings- og forandringsforslag

I dette afsnit præsenteres de udarbejdede udviklingsforslag. Forslagene præsenteres ved en logisk model, nærmere betegnet en programteori som beskrevet i afsnit 3.2 Logisk programteori.

Tabel 9 - Udviklingsforslag 1 - Information

Formål	Øge aktivitetsniveauet hos alle patienter på 9Ø, med størst fokus på de skrøbelige ved brug af lavt antal ressourcer
Ressourcer	<ul style="list-style-type: none"> - Mere tid prioriteres til at informere patienten om fysisk aktivitet på afdelingen. - Opslagstavle. - Video omkring anvendelse af redskaber og udførsel af øvelser.
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> - Personalet skal differentiere mellem den information der afgives til patienterne ift., hvordan de er kategoriseret i hjælpegrupper. MH skal have mest information, LH næstmest information og SH skal have mindst information. Informationen skal være hvad der er af fysiske aktiviteter på afdelingen. MH skal informeres om, at der er redskaber til dem såfremt de vil træne. - Kort opfølgning fra dag til dag, om patienten har anvendt træningsfaciliteterne. - Opslagstavlen skal placeres centralt i opholdsstuen og skal fungere som information til patienterne i SH og LH. Information på opslagstavlen skal være hvad der af træningsfaciliteter på afdelingen, at der er fredagstræning samt hvad fysisk aktivitet gør for dem. - Video omkring anvendelse af øvelser kan indstilles som et separat tv-kanal der kører i et loop, hvor patienterne kan se hvordan øvelser kan udføres. Kan også vises på en info-kanal på TV på stuerne.
Ændret adfærd	Patienterne anvender træningshjørnet mere, og træner med andre faciliteter end cyklen. Der er større tilslutning til fællestræning og fysisk aktivitet bliver generelt en større del af hverdagen på afdelingen.
Effekt	Patienternes fysiske aktivitetsniveau bliver forøget ved den ekstra information omkring TEMP 3. Ligeledes forstår personalet, at information omkring fysisk aktivitet skal være en integreret del af hverdagen på afdelingen. Jo længere tid personalet formår at holde fast i at afgive relevant information, jo højere kan aktivitetsniveauet forventes at blive.

Tabel 10 - Supplerende punkter til udviklingsforslag om information

Fastholdelse	Fastholdelse af interventionen skal ske ved ugentlige opfølninger på de morgenmøder der er på afdelingen. Her skal det sikres at udviklingsforslaget opretholdes. Information skal være opdateret med de aktiviteter der er på afdelingen. Nye faciliteter skal fremgå af den information personalet giver til patienterne og den information der findes på opslagstavlen.
Forandring	Interventionen vil skabe en forandring i personalets rutiner. Derudover vil den skabe en forandring, hvor patienterne er mere oplyst omkring deres muligheder for at dyrke fysisk aktivitet. Organisatorisk vil interventionen skabe en forandring ift. større brug af væggene til at hænge information på. På lang sigt, vil interventionen formodentlig skabe en forandring mod lavere indlæggelsestid og hurtigere tilbagevenden til dagligdagen for patienterne. Ressourcemæssigt vil forandringerne komme til udtryk ved, at personalet skal afsætte en smule længere tid til hver patient ift. information om fysisk aktivitet. Dette forventes dog kun at gælde nogle patienter i LH gruppen og alle MH gruppen.
Tilsigtede/utillsigtede konsekvenser	Tilsigtede konsekvenser: Mere oplyste patienter. Højere fysisk aktivitetsniveau. Mere prioritering af tid til fysisk aktivitet fra personalet til patienten. Lavere antal genindlæggelser. Ved at bruge mere tid på patienten, skal tiden tages fra et andet sted – evt. fra de stærkere patienter. Utillsigtede konsekvenser: For meget information om andet end primærdiagnosen bliver for meget for patienten. Personalet har ikke ressourcer til at prioritere fysisk aktivitet højere. Mere information hjælper kun enkelte patientgrupper. Patienterne anvender ikke informationer på opslagstavlen.

Tabel 11 - Udviklingsforslag 2 - Placering

Formål	Øge aktivitetsniveauet hos alle patienter på 9Ø, med størst fokus på de skrøbelige ved brug af lavt antal ressourcer
Ressourcer	<ul style="list-style-type: none"> - Der skal anvendes ressourcer på at flytte træningshjørnet - Engangsudgift til anskaffelse af stepbænke, så der er mulighed for at have en på hver stue. - Løbende anskaffelse af flere elastikker, da forbruget af disse forventes at stige.
Aktivitet	Planten flyttes så den ikke blokerer udsynet til cyklen. Yderligere flyttes elastikker og stepbænke ind på stuerne, så der på hver stue er én stepbænk samt et

	elastik til hver seng. Elastikket kan med fordel monteres på sengen.
Ændret adfærd	Patienterne anvender træningshjørnet mere, og træner med andre faciliteter end cyklen. Der er større tilslutning til fællestræning og fysisk aktivitet bliver generelt en større del af hverdagen på afdelingen.
Effekt	Ved at flytte planten, skabes der et bedre udsyn til cyklen, dette vil betyde at flere patienter får et kendskab denne og dermed forventes flere patienter at anvende den. Ved at flytte stepbænk og elastikker ind på stuerne, øges specielt de svagest patienters tilgængelighed til redskaberne. Ligeledes kan patienter der ikke ønsker at være fysisk aktive i det offentlige rum, tilgodeses da de kan træne på stuerne.

Tabel 12 - Supplerende punkter til udviklingsforslag om placering

Fastholdelse	Forslaget fastholdes ved at redskaberne ikke flyttes. Yderligere skal der foretages en vurdering af nye redskabers placering, så tilgængeligheden for de svageste optimeres.
Forandring	Forslaget forandrer indretning og strukturen på stuerne, så det målrettes mere mod fysisk aktivitet og tillader sengeliggende patienter at være aktive. Ligeledes forandre dette personalets bevægelses muligheder på stuen, da flere redskaber betyder mindre plads. Yderligere kan det forventes at personalet skal bruge lidt mere tid på at montere elastikker på sengen.
Tilsigtede/utillsigtede konsekvenser	Tilsigtede konsekvenser: Højere fysisk aktivitetsniveau. Bedre kendskab og adgang til træningsfaciliteterne for patienterne. Personalet skal anvende ressourcer på at tilbyde f.eks. elastikker til de svageste patienter. Mindre plads på stuerne til at bevæge sig rundt. Lavere antal genindlæggelser Utillsigtede konsekvenser: At placere tingene inde på stuerne kan gøre, at patienterne ikke kan ses under træning. De kan derfor potentielt komme til skade. Patienterne kan blive frustrerede over, at træning bliver påtvunget dem noget mere ved at sætte det ind på stuen. De kan reagere i trods og ikke anvende det.

Tabel 13 - Udviklingsforslag 3 - Udbud

Formål	Øge aktivitetsniveauet hos alle patienter på 9Ø, med størst fokus på de skrøbelige ved brug af lavt antal ressourcer
Ressourcer	- Engangsudgift til anskaffelse af bolde og håndvægte

	- Engangsudgift til anskaffelse af en eller flere spillekonsoller og spil, eks. Nintendo Wii
Aktivitet	Udbudet af aktiviteter skal hæves, så det omfatter bolde i forskellige størrelser, former og vægt. Ligeledes skal der tilføjes håndvægte, 1-2-3-5kg. Disse remedier kunne ligge i en kurv centralt placeret ved opholdsstuen. Forskellen i vægt, størrelse og form af redskaberne vil skabe en naturlig differentiering, som er nem at gennemskue for patienterne. Spillekonsollen skal tilkobles opholdsstuens TV, og deres patienterne skal have fri adgang. For at mindske gnidninger mellem de der gerne vil se tv og dem der gerne vil spille, kunne man med fordel lave en arbejdsplan for anvendelsen af TV'et. Til spillekonsollen skal der tilkøbes "Wii Sports," "Family Trainer," "Sports Island," and "Family Ski and Snowboard.," som alle er spil hvor man som spiller gennem fysisk udfoldelse kan vinde spillet.
Ændret adfærd	Patienterne anvender træningshjørnet mere, og træner med andre faciliteter end cyklen. Der er større tilslutning til fællestræning og fysisk aktivitet bliver generelt en større del af hverdagen på afdelingen.
Effekt	Ved at tilføje flere redskaber bliver det nemmere for personalet og patienterne selv at differentiere mellem øvelser, intensitet og sværhedsgrad. Dette forventes at have en effekt der øger de svageste patienters lyst til at deltage. Ved at tilføje en spillekonsol bringes leg, konkurrence og teknologi ind i arbejdet med fysisk aktivitet.

Tabel 14 - Supplerende punkter til udviklingsforslag om udbud

Fastholdelse	Slid på bolde og håndvægte kan betyde at disse skal udskiftes efter en vis tid. Gøres dette ikke forsvinder differentieringsmulighederne. For at fastholde aktiviteten omkring spillekonsollen, skal de tilgængelige spil opdateres. Ligeledes må det forventes at spillekonsollen efter en årerække også skal udskiftes.
Forandring	Der kommer flere redskaber til, så patienter har et større udvalg at vælge imellem. Dette betyder at aktiviteterne potentielt motivere flere patienter til at være fysisk aktive. Dynamikken og livet i opholdsstuen kan blive påvirket, hvis spillekonsollen implementeres.
Tilsigtede/Utilsigtede konsekvenser	Tilsigtede konsekvenser: Patienterne keder sig mindre og det fysiske aktivitetsniveau forøges. Patienterne kan opleve større individuel valgfrihed ift. intensitet, vægt og øvelser. Patienterne kan opleve naturlig progression.

	<p>Lavere antal genindlæggelser. Det fremmer det sociale sammenhold.</p> <p>Utilsigtede konsekvenser: Dem der ikke vil træne kan føle, at afdelingens ressourcer ikke anvendes ordentligt. Under spil kan visse patienter bliver utilfredse med, at fjernsynet er optaget. De mindre teknisk stærke patienter kan tabes ift. konsollen. Den primære diagnose kan føles at blive negligeret med alt det nye udstyr. Udstyret kan komme i vejen for personalet både på gangen og inde på stuerne.</p>
--	---

8.0 Konklusion

I følgende afsnit besvares projektets problemformulering:

“Hvordan formår TEMP 3 med begrænsede allokerede ressourcer at involvere og aktivere skrøbelige patienter under indlæggelsen på 9Ø?”

Ved svar på projektets problemformulering kan det konkluderes, at TEMP 3 ikke formår at involvere og aktivere de skrøbelige patienter under indlæggelse på 9Ø. Påførsel af SWA viser ingen ændring i aktivitetsniveauet hos patienterne før og efter implementering af interventionen, og størstedelen af disse patienter er i SH gruppen. Få patienter har kendskab til træningshjørnet og kun en ud af alle interviewede patienter har anvendt træningscyklen, og denne patient er ikke skrøbelig. De skrøbelige patienter bliver ikke aktiveret ved en intervention, hvor de selv skal tage initiativ til at udføre fysisk aktivitet, men det der især er problemet på 9Ø er, at den manglende information omkring hvad TEMP 3 tilbyder. Ved mere og differentieret information er det muligt, at flere patienter vil anvende både træningshjørnets faciliteter samt deltage i fredagstræningen. Yderligere er det vigtigt, at redskaberne bringes tættere på de skrøbelige patienter, så de ikke behøver at gå langt for at være fysisk aktive. Faciliteterne kan med fordel udvides mod en mere teknologisk retning og inklusion af flere træningsredskaber. Der er i litteraturen generelt mangel på ressourcevenlige interventioner, og derfor kan der med fordel indtænkes brudstykker fra enkelte eksisterende interventioner i TEMP 3.

Derfor fremstilles der i nærværende projekt tre bud på, hvordan TEMP 3 kan udvikles for at favne de skrøbelige patienter bedre. På baggrund af de udførte interviews kan dette dog være vanskeligt, grundet den begrænsede inklusion af skrøbelige patienter, men der nævnes alligevel vigtige facetter, der kan fungere for såvel stærke som skrøbelige patienter. De tre udviklingsforslag omhandler information, placering og udbud, og hvert forslag er ressourcevenligt og kan med fordel kombineres, såfremt det er muligt. På en travl afdeling som 9Ø, er det vigtigt at fastholde de eventuelle ændringer, så de bliver en integreret del af personalets rutiner og fysisk aktivitet bliver en større norm på afdelingen.

9.0 Litteraturliste

1. Mudge AM, Mcrae P, Mchugh K, Griffin L, Hitchen A, Walker J, et al. Poor mobility in hospitalized adults of all ages. *J Hosp Med*. 2016;11(4):289–91.
2. Brown C, Foley K, Lowman J, MacLennan P, Razjouyan J, Najafi B, et al. Comparison of posthospitalization function and community mobility in hospital mobility program and usual care patients a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2016;176(7):921–7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/ajph/106.10.1777>
3. Forrest KYZ, Zmuda JM, Cauley JA. Correlates of decline in lower extremity performance in older women: A 10-year follow-up study. *Journals Gerontol Ser a-Biological Sci Med Sci*. 2006;61(11):1194–200.
4. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):451–8.
5. Li CL, Chu SJ, Sheu JT, Huang LYG. Impact of physical activity on hospitalization in older adults: A nationwide cohort from Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(2):141–5.
6. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):668–74.
7. Hubbard RE, Eeles EMP, Rockwood MRH, Fallah N, Ross E, Mitnitski A, et al. Assessing balance and mobility to track illness and recovery in older inpatients. *J Gen Intern Med*. 2011;26(12):1471–8.
8. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(8):1263–70.
9. Beveridge C, Knutson K, Spampinato L, Flores A, Meltzer DO, Van Cauter E, et al. Daytime physical activity and sleep in hospitalized older adults: Association with demographic characteristics and disease severity. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(7):1391–400.
10. Buurman BM, Hoogerduijn JG, van Gemert EA, de Haan RJ, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized older patients with distinct risk profiles for functional decline: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2012;7(1).
11. Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Lawson-Smith L, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(3):331–7.
12. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol*. 2001;56A(3):M146–56.
13. Ferrando AA, Paddon-Jones D, Wolfe RR. Alterations in protein metabolism during space flight and inactivity. *Nutrition*. 2002;18(10):837–41.
14. Kahlon S, Pederson J, Majumdar SR, Belga S, Lau D, Fradette M, et al. Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *Cmaj*. 2015;187(11):799–804.
15. Ostir G V., Berges IM, Kuo YF, Goodwin JS, Fisher SR, Guralnik JM. Mobility activity and its value as a prognostic indicator of survival in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(4):551–7.
16. Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault IL. Experiences of older adults in transition from hospital to

community. Can J aging [Internet]. 2015;34(1):90–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25547021>

17. Smietniansky M, R. Boietti B, A. Cal M, E. Riggi M, P. Fuccile G, A. Camera L, et al. Impact of Physical Activity on Frailty Status and How to Start a Semiological Approach to Muscular System. AIMS Med Sci [Internet]. 2015;3(1):52–60. Available from:
<http://www.aimspress.com/article/10.3934/medsci.2016.1.52>
18. Aguirre LE, Villareal DT. Physical Exercise as Therapy for Frailty. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2015;83:83–92.
19. Pedersen KM. Sundhedsøkonomi. 1st ed. Munksgaard; 2013. 448 p.
20. Holst M, Søndergaard LN, Bendtsen MD, Andreasen J. Functional training and timed nutrition intervention in infectious medical patients. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2016;(February):1039–45. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27302668&site=ehost-live>
21. Aalborg Universitetshospital. Temp 3. 2017;11.
22. Holst M, Hansen PL, Pedersen LA, Paulsen S, Valentinsen CD, Kohler M. Physical activity in hospitalized old medical patients; how active they are, and what motivates to physical activity. 2014;(14):116–23. Available from: <http://www.jarcp.com/1050-physical-activity-in-hospitalized-old-medical-patients-how-active-are-they-and-what.html>
23. Brown CJ, Williams BR, Woodby LL, Davis LL, Allman RM. Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. J Hosp Med. 2007;2(5):305–13.
24. Sundhedsstyrelsen. Fysisk Aktivitet - Forebyggelsespakke. 2012;2:31.
25. World Health Organization. Activity [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 28]. p. 1. Available from: www.who.int/en/
26. Centers of Disease control and prevention. Glossary of Terms [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 28]. p. 1. Available from: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/glossary/>
27. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 28]. p. 1. Available from: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger>
28. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert MGM, Rockwood K. Frailty in older people. Lancet. 2013;381(9868):752–62.
29. Zaslavsky O, Zisberg A, Shadmi E. Impact of functional change before and during hospitalization on functional recovery 1 month following hospitalization. Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci. 2015;70(3):381–6.
30. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Cmaj. 2005;173(5):489–95.
31. Paw MJMCA, Dekker JM, Feskens EJM, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. J Clin Epidemiol. 1999;52(11):1015–21.
32. Cerverino VA. Cardiovascular consequences of bed rest : effect on maximal oxygen uptake. 2010;29(February 1997):191–6.
33. Bloomfield SA. Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. Med Sci Sport Exerc [Internet]. 1997;29(2):197–206. Available from:
<http://ovidsp.uk.ovid.com.zorac.aub.aau.dk/sp->

3.24.1b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c0b34119d7c2071b17fb6c82f68984657e15fbae0a39250e8a3f8cc5eab92c0cc8f33a80e39ec8c3447988e3268a74f742e087ea469332d2434bb629f2ed7ac8ee2f8563b141ed4f8cb56d205b8509145f94797910

34. Alkner BA, Tesch PA. Efficacy of a gravity-independent resistance exercise device as a countermeasure to muscle atrophy during 29-day bed rest. *Acta Physiol Scand*. 2004;181(3):345–57.
35. Mikines KJ, Richter E a, Dela F, Galbo H. Seven days of bed rest decrease insulin action on glucose uptake in leg and whole body. *J Appl Physiol* [Internet]. 1991;70(3):1245–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2032990>
36. Peel NM, Paul SK, Cameron ID, Crotty M, Kurrle SE, Gray LC. Promoting activity in geriatric rehabilitation: A randomized controlled trial of accelerometry. *PLoS One*. 2016;11(8):1–13.
37. Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2011;92(9):1490–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.04.005>
38. Odense universitetshospital. Det fysisk aktive hospital [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 28]. p. 1. Available from: <http://www.nytouh.dk/professionel/hospitalsudvikling/koncepter/det-fysisk-aktive-hospital>
39. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. *Sygdomsforebyggelse*. 1. udgave. København: Munksgaard; 2014. 278 p.
40. Rajczi A. Liberalism and Public Health Ethics. *Bioethics* [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Dec 8];30(2):96–108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25960065>
41. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741–5.
42. Ringold DJ. Effects in Response to Public Health Interventions : Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *J Consum Policy*. 2002;25(1):27–63.
43. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Br Med J* [Internet]. 2015;350(Mar19 6):h1258–h1258. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h1258>
44. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj Clin Res Ed*. 2008;337:a1655.
45. Østergaard LG, Maindahl HT. Komplekse interventioner og rehabilitering. In: Maribo T, Nielsen C V., editors. *Rehabilitering - en grundbog*. 2nd ed. Gads Forlag; 2016. p. 199–207.
46. Launsø L, Rieper O, Olsen L. *Forskning om og med mennesker - forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6th ed. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015. 250 p.
47. Popper KR. *Kritisk Rationalisme - udvalgte essays om videnskab og samfund*. 1st ed. Skjern: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 1996. 223 p.
48. Gadamer H-G. *Truth and method*. 2nd ed. London: Continuum Publisher Group; 2004. 637 p.
49. Wackerhausen S. Et åbent sundhedsbegreb. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus: Philosophia; 1995. p. 28.
50. Maaløe E. *Casestudier af og om mennesker i organisationer*. 2nd ed. Viborg: Akademisk Forlag;

2002. 324 p.

51. Harris A, McGregor J, Perencevich E, Furuno J, Zhu J, Peterson D, et al. The Use and interpretation of Quasi-Experimental Studies in Medical Informatics. *J Am Med Inf Assoc.* 2006;13(1):16–23.
52. Jetté M, Sidney K, Blömchen G. Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol.* 1990;13(8):555–65.
53. Szklo M, Nieto J. *Epidemiology - Beyond the Basics.* 3rd ed. USA: Jones & Bartlett Learning; 2014. 515 p.
54. Kvale S, Brinkmann S. *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk.* 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. 444 p.
55. Tanggaard L, Brinkmann S. Interview: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - en grundbog.* 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 29–53.
56. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab.* 4th ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 61–89.
57. Tanggaard L, Brinkmann S. Kvalitet i kvalitative studier. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - en grundbog.* 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 521–32.
58. Hørmann E. Litteratursøgning. In: Glasdam S, editor. *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder.* 1st ed. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2011. p. 36–46.
59. Frandsen TF, Dyrvig A, Christensen JB, Fasterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskr Læger.* 2014;176(7):647–51.
60. Buus N, Kristiansen HM, Tingleff EB, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken.* 2008;10:2–8.
61. Rienecker L, Jørgensen PS. *Den gode opgave.* 4th ed. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2012. 382 p.
62. Frederiksen M. Mixed methods-forskning. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - en grundbog.* 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 197–212.
63. Liden CB, Wolowicz M, Ed M, Des JSM, Teller A, D P, et al. Accuracy and Reliability of the SenseWear™ Armband as an Energy Expenditure Assessment Device. *Analyzer.* 2002;1–15.
64. Evenson KR, Goto MM, Furberg RD. Systematic review of the validity and reliability of consumer-wearable activity trackers. *Int J Behav Nutr Phys Act [Internet].* 2015;12(1):159. Available from: <http://www.ijbnpa.org/content/12/1/159>
65. Sunseri M, Liden CB, Farrington J, Pelletier R, Lc MS, Safier S, et al. The SenseWear™ Armband as a Sleep Detection Device. *Sleep (Rochester) [Internet].* 2005;1–9. Available from: <http://www.bodymedia.com/Learn-More/Whitepapers/The-SenseWear-armband-as-a-Sleep-Detection-Device>
66. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse. In: Vallgård S, Koch L, editors. *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab.* 4th ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 157–81.
67. Juul S. *Epidemiologi og Evidens.* 2nd ed. Munksgaard; 2013.
68. Swenne CL, Skytt B. The ward round - patient experiences and barriers to participation. *Scand J*

Caring Sci. 2014;28(2):297–304.

69. Levack-William MM, Siegert RJ, Dean SG, McPherson K, Hay-Smith EJ, Weatherall MM. Goal setting and activities to enhance goal pursuit for adults with acquired disabilities participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(4). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009727/full>
70. Sullivan D, Wall P. Progressive resistance muscle strength training of hospitalized frail elderly. *Am J ...* [Internet]. 2001;(July):503–9. Available from: http://journals.lww.com/ajpmr/Abstract/2001/07000/Progressive_Resistance_Muscle_Strength_Training_of.7.aspx
71. Killey B, Watt E. The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients: a pilot study. *Contemp nurse a J Aust Nurs Prof*. 2006;22(1):120–33.
72. Fager SK, Burnfield JM. Patients' experiences with technology during inpatient rehabilitation: opportunities to support independence and therapeutic engagement. *Disabil Rehabil Assist Technol* [Internet]. 2014;9(2):121–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17483107.2013.787124>
73. Jahn P, Lakowa N, Landenberger M, Vordermark D, Stoll O. InterACTIV: An Exploratory Study of the Use of a Game Console to Promote Physical Activation of Hospitalized Adult Patients With Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2012;39(2):E84–90. Available from: <http://onf.ons.org/onf/39/2/interactiv-exploratory-study-use-game-console-promote-physical-activation-hospitalized>
74. Kuijpers W, Groen WG, Aaronson NK, Van Harten WH. A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: Relevance for cancer survivors. *J Med Internet Res*. 2013;15(2).
75. Mah JW, Staff I, Fichandler D, Butler KL. Resource-efficient mobilization programs in the intensive care unit: Who stands to win? *Am J Surg* [Internet]. 2013;206(4):488–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.001>
76. Brazier H, Begley M C. Selecting a database for literature searches in nursing: MEDLINE or CINAHL? *J Adv Nurs*. 1995;24:10.
77. Aalborg Universitetsbibliotek. Databaser og udbydere. Databaser. 2016.

Bilag 1 - Aktivitetsskema

Hold dig fysisk aktiv hver dag – også under indlæggelsen på afd. 9 øst

Ud af sengen Op at stå Ud at gå



Har du fået trænet i dag?

Sæt en streg hver gang du har:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Dato							
Deltaget aktivt i personlig pleje i sengen							
Deltaget aktivt i personlig pleje på badeværelset							
Siddet oppe i en stol, f.eks. i forbindelse med et måltid							
Gået til toilettet							
Gået til madvognen							
Gået tur på gangen							
Trænet med dit øvelsesprogram							
Antal skridt på Skridttæller							
Deltaget i holdtræning							
1x ugentl							
Samlet antal							

Hvem laver hvornår? Alle?

Alle?

Har alle patienter adgang til disse?

Cykel Elastikker stepbænk Øvelsesprogram

II

Fysio- og Ergoterapi

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- i gode hænder

Bilag 2 - Data

ID-nummer	Køn (0-1)	Bemærkninger	Dato (dd-mm-åååå)	Gruppe (SH/LH)	Intervention (Før=0 Efter=1)	Valide døgn (antal)	Alder (år)	Ryger (0-1)	Højde (cm)	Vægt (kg)	BMI (kg/m ²)	Dom. arm (h/v)
12	0		06-12-2016	LH	0	5	87	0	162,00	51,0	19,4	h
1	0		02-12-2016	LH	0	3	81	0	163,70	51,2	19,1	h
8	0		15-12-2016	LH	0	3	82	0	153,00	41,2	17,6	h
19	0		06-01-2017	LH	0	3	43	0	158,00	43,0	17,2	h
22	0		10-01-2017	LH	0	2	67	0	163,30	52,5	19,7	h
2	1		02-01-2017	LH	0	3	75	0	170,00	57,9	20,0	h
17	1		06-01-2017	LH	0	3	71	0	172,00	82,0	27,7	h
6	1		19-12-2016	LH	0	2	77	0	175,00	72,2	23,6	h
4	1		02-01-2017	LH	0	1	82	0	178,00	74,0	23,4	h

Bilag 3 – Syntax

```
/*Først skal excel-filen importeres, og da der er to sheets, gøres det over 2
gange*/

proc import datafile = 'C:\Users\Martin\Documents\temp3.xlsx' dbms = xlsx out =
mvr.fml;
range = "før-måling$A1:AQ22";
run;

proc import datafile = 'C:\Users\Martin\Documents\temp3.xlsx' dbms = xlsx out =
mvr.eml;
range = "efter-måling$A1:AR22";
run;

/*De 2 datasæte sorteres efter id-nummeret*/

proc sort data = mvr.eml;
by id_nummer;
run;

proc sort data = mvr.fml;
by id_nummer;
run;

/*Herefter merges de 2 datasæt således der kan laves statistik på hvordan
stikprøven ser ud før/efter intervention*/

data mvr.temp3;
merge mvr.fml mvr.eml;
by id_nummer;
run;

/*Ved import er variablenes navne ikke særlig overskuelige, og derfor giver vi
de fleste variable navne, der passer til hvad de viser*/

data mvr.temp3;
set mvr.temp3;
rename var2=kon var3=dato var4=gruppe var5=intervention var6=dognd
var7=alder var8=ryger var9=hojde var10=vaegt var11=BMI var12=arm var13=TEE
var14=AEE var17=PAD var20=onbody var21=onbody2 var22=liggende var24=soevn
var26=soevneffekt var37=bmr var38=bmr2;
run;

/*Aldersvariablen opdeles i 3 forskellige aldersgrupper = 18-40 år, 40-65 år og
65<.**/
data mvr.temp3; set mvr.temp3;
alder2=1;
if alder>39 then alder2=2;
if alder>65 then alder2=3;
run;

/*Gruppe-variablen kodes til numerisk måleskala*/

data mvr.temp3; set mvr.temp3;
if gruppe="SH" then gruppe_ny=0;
if gruppe="LH" then gruppe_ny=1;
```

```

run;

/*Nu køres nogle simple overblikanalyser over de forskellige data ift.
kontrol/interventionsgruppe*/

proc freq data=mvr.temp3;
    tables alder2*intervention kon*intervention gruppe*intervention;
run;

proc means data=mvr.temp3;
    class kon intervention;
    var bmi;
run;

proc means data=mvr.temp3;
    class kon intervention;
    var      bmr;
run;

/*Nu er data klar til at blive analyseret. Først skal variablene identificeres
som enten normalfordelte
eller ikke-normalfordelte. Dette gøres ved at teste for normalitet, og aflæse de
4 test for normalitet:
Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Cramer-von Mises og Anderson-Darling. Viser de
4 tests en p-værdi over 0,05
kan vi regne med at data er normalfordelt. Er p-værdien under 0,05 kan vi regne
med at data ikke er normalfordelt*/

proc univariate data=mvr.temp3 normal;
    var steps__antal_ MET lying_down__timer_ sleep__timer_;
run;

proc univariate data=mvr.temp3 normal;
    var bmi bmr;
run;

proc ttest data=mvr.temp3;
    class intervention;
    var bmi;
run;

proc ttest data=mvr.temp3;
    class intervention;
    var bmr;
run;

/*Antal skridt viser sig ikke at være normalfordelt, da alle 4 p-værdier er
under 0,05.
Det samme gør sig gældende for MET, som også har 4 p-værdier under 0,05.
Antal liggende timer kan vi til gengæld regne med er normalfordelt da alle 4 p-
værdier er over 0,05.
Antal timer sovende er også normalfordelt med 4 p-værdier over 0,05.
Dette gør, at antal skridt, og MET skal analyseres ved en non-parametrisk test,
og antal liggende timer samt antal timer sovende kan analyseres ved en t-test*/

/*Først køres en non-parametrisk test over antal skridt, for at se om der er
forskul på de to grupper*/

```

```

proc nparlway wilcoxon correct=no data=mvr.temp3;
  class intervention;
  var steps__antal_;
  exact wilcoxon;
run;

/*P-værdien er 0.8564, og der er derfor ikke nogen forskel på antal skridt før
og efter implementering af TEMP3.*/
/*Dernæst køres endnu en non-parametrisk test over MET, for at se om der er
forskul på de to grupper*/

proc nparlway wilcoxon correct=no data=mvr.temp3;
  class intervention;
  var MET;
  exact wilcoxon;
run;

/*Den eksakte p-værdi ved testen er 0.0727, og da den er over 0,05, er der
heller ikke her forskel på de to grupper.
Det er dog tættere på end ved antal skridt, og den tender mod at være
signifikant*/
/*Nu køres der en t-test for at teste for forskel i grupperne i sengeliggende
timer*/

proc ttest data=mvr.temp3;
  class intervention;
  var lying_down__timer_;
run;

/*T-testen viser en f-værdi 2,07 og en tilhørende p-værdi på 0,1122 ved test for
ens varians i grupperne.
Der er dermed ikke ens varians, og derfor skal p-værdien ved 'unequal variance'
aflæses. Denne p-værdi er 0,1679,
og dermed er der ikke nogen forskel i de to grupper ift. tiden de ligger ned
i.*/

/*Sidste t-test er for antal sovende timer, og samme procedure følges*/

proc ttest data=mvr.temp3;
  class intervention;
  var sleep__timer_;
run;

/*Endnu engang er der forskellige varians i grupperne, og p-værdien for
statistisk sammenhæng mellem kontrol- og
interventionsgruppe er på 0.2727, og dermed er der heller ikke i denne omgang
forskul på grupperne.*/

/*Interaktion undersøges her for køn*/

proc glm data=mvr.temp3;
  class intervention kon;
  model steps__antal_=intervention kon intervention*kon /ss3;
run;

/*Ingen af variablene er signifikante, hvorfor der kan konkluderes, at køn ikke
har indflydelse på antallet af skridt,
før og efter intervention. Når interventionen justeres af køn*/

```

```

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon;
    model met=intervention kon intervention*kon /ss3;
run;

/*I denne model bliver interventionen signifikant, når den påvirkes af køn. Vi
går videre med interventionen, for at
se nærmere på den*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon;
    model met=intervention kon intervention*kon /ss3;
    lsmeans intervention / pdiff=all adjust=tukey;
run;

/*Her kan vi se, at forskellen mellem grupperne er signifikant ved en p-værdi på
0,0106. Kontrolgruppe har et
gennemsnits-MET på 1,14, og interventionsgruppen har et gennemsnits-MET på 1,29.
Køn er dermed en effektmodifikator*/

/*Den næste variabel der analyseres er liggende timer*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon;
    model lying_down__timer_=intervention kon intervention*kon /ss3;
run;

/*Ingen signifikante resultater, og dermed ingen interaktion*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon;
    model sleep__timer_=intervention kon intervention*kon /ss3;
run;

/*Ingen signifikante resultater, og dermed ingen interaktion*/

/*Interaktion undersøges for alder*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2;
    model steps__antal_=intervention alder2 intervention*alder2 /ss3;
run;

/*Alder er signifikant i denne model, og tages med i videre analyse*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2;
    model steps__antal_=intervention alder2 intervention*alder2 /ss3;
    lsmeans alder2 / pdiff=all adjust=tukey;
run;

/*Det kan ses, at gennemsnittet for aldersgruppen 18-39 år i antal steps er
2782,5. For aldersgruppe 2 fra 40-65 år er
gennemsnittet 2372,75, og for aldersgruppen +65 år er gennemsnittet 235,3. Det
kan ved p-værdier ses, at de grupper,
der skabes et signifikant resultat er ved gruppe 1/3, og 2/3. Her ligger p-
værdierne på hhv. 0,0029 oog <0,0001.

```

Fordi alder er signifikant, men ikke påvirker interventionen til at blive signifikant, tyder meget på, at alder er en confounder*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2;
    model met=intervention alder2 intervention*alder2 /ss3;
run;
```

/*Ingen signifikante resultater, og dermed ingen interaktion*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2;
    model lying_down__timer_=intervention alder2 intervention*alder2
/ss3;
run;
```

/*Ingen signifikante resultater, og dermed ingen interaktion*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2;
    model sleep__timer_=intervention alder2 intervention*alder2 /ss3;
run;
```

/*Ingen signifikante resultater, og dermed ingen interaktion*/

/*Interaktion undersøges for hjælpegruppe*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model steps__antal_=intervention gruppe intervention*gruppe /ss3;
run;
```

/*Gruppe er signifikant, og medtages i videre analyse*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model steps__antal_=intervention gruppe intervention*gruppe /ss3;
    lsmeans gruppe / pdiff=all adjust=tukey;
run;
```

/*Gennemsnittet for selvhjælpsgruppen i antal skridt er 1738,62. Gennemsnittet for Let-hånds gruppen er 122,39 skridt. Stor forskel og en p-værdi på 0,0007. Da gruppe ikke influerer på interventionen, kan gruppe ses som en confounder*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model met=intervention gruppe intervention*gruppe /ss3;
run;
```

/*Gruppe er signifikant og medtages i videre analyse*/

```
proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model met=intervention gruppe intervention*gruppe /ss3;
    lsmeans gruppe / pdiff=all adjust=tukey;
```



```

run;

/*Gennemsnittet for MET for selvhjælpsgruppen ligger på 1,24. Gennemsnittet for
Let-håndsgruppen ligger på 1,12.
P-værdien er 0,0245. Lille forskel, men stadig nok til et signifikant resultat,
og at gruppe kan tænkes at være en
confounder*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model lying_down__timer_=intervention gruppe intervention*gruppe
/SS3;
run;

/*Gruppe er signifikant og medtages i videre analyse*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model lying_down__timer_=intervention gruppe intervention*gruppe
/SS3;
    lsmeans gruppe / pdiff=all adjust=tukey;
run;

/*Den gennemsnitlige liggetid for selvhjælpsgruppen er 8,22 timer. Den
gennemsnitlige liggetid for let-håndsgruppen er
11,69 timer. P-værdien er 0,0054. Gruppe er en confounder ift. tiden patienterne
ligger ned*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model sleep__timer_=intervention gruppe intervention*gruppe /SS3;
run;

/*Gruppe er signifikant med en p-værdi på 0,0391 og medtages i videre analyse*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention gruppe;
    model sleep__timer_=intervention gruppe intervention*gruppe /SS3;
    lsmeans gruppe / pdiff=all adjust=tukey;
run;

/*Selvhjælpsgruppen sover i gennemsnit 5,98 timer i døgnet. Let-håndsgruppen
sover i gennemsnit 8,05 timer i døgnet.
P-værdien er 0,0391 og gruppe fungerer som en confounder ift. mængden af søvn
for patienter*/

/*Nu justeres der for køn og alder*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2;
    model steps__antal_=intervention kon alder2 intervention*kon*alder2
/SS3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2;
    model met=intervention kon alder2 intervention*kon*alder2 /SS3;
run;

```

```

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2;
    model lying_down__timer_=intervention kon alder2
intervention*kon*alder2 /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2;
    model sleep__timer_=intervention kon alder2 intervention*kon*alder2
/ss3;
run;

/*Justering for køn og gruppe*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon gruppe;
    model steps__antal_=intervention kon gruppe intervention*kon*gruppe
/ss3;
run;

/*Intet signifikant*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon gruppe;
    model met=intervention kon gruppe intervention*kon*gruppe /ss3;
run;

/*Intervention er signifikant og medtages i videre analyse*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon gruppe;
    model met=intervention kon gruppe intervention*kon*gruppe /ss3;
lsmeans intervention / pdiff=all adjust=tukey;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon gruppe;
    model lying_down__timer_=intervention kon gruppe
intervention*kon*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon gruppe;
    model sleep__timer_=intervention kon gruppe intervention*kon*gruppe
/ss3;
run;

/*Justering for alder og gruppe*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2 gruppe;
    model steps__antal_=intervention alder2 gruppe
intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2 gruppe;
    model met=intervention alder2 gruppe intervention*alder2*gruppe /ss3;

```

```

run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2 gruppe;
    model lying_down_timer_=intervention alder2 gruppe
intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention alder2 gruppe;
    model sleep_timer_=intervention alder2 gruppe
intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

/*Justeret for køn, alder og gruppe*/

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2 gruppe;
    model steps_antal_=intervention kon alder2 gruppe intervention*kon
intervention*alder2 intervention*gruppe intervention*kon*alder2
intervention*kon*gruppe intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2 gruppe;
    model met=intervention kon alder2 gruppe intervention*kon
intervention*alder2 intervention*gruppe intervention*kon*alder2
intervention*kon*gruppe intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2 gruppe;
    model lying_down_timer_=intervention kon alder2 gruppe
intervention*kon intervention*alder2 intervention*gruppe intervention*kon*alder2
intervention*kon*gruppe intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

proc glm data=mvr.temp3;
    class intervention kon alder2 gruppe;
    model sleep_timer_=intervention kon alder2 gruppe intervention*kon
intervention*alder2 intervention*gruppe intervention*kon*alder2
intervention*kon*gruppe intervention*alder2*gruppe /ss3;
run;

```

Bilag 4 – Output

The SAS System

The FREQ Procedure

		Table of alder2 by intervention		
Frequency	alder2	intervention(Inter-vention (Før=0		
Percent		Efter=1))		
Row Pct		0	1	Total
Col Pct				
	1	1	2	3
		2.38	4.76	7.14
		33.33	66.67	
		4.76	9.52	
	2	6	9	15
		14.29	21.43	35.71
		40.00	60.00	
		28.57	42.86	
	3	14	10	24
		33.33	23.81	57.14
		58.33	41.67	
		66.67	47.62	
	Total	21	21	42
		50.00	50.00	100.00

		Table of kon by intervention		
Frequency	kon(Køn (0-1))	intervention(Inter-vention (Før=0		
Percent		Efter=1))		
Row Pct		0	1	Total
Col Pct				
	0	12	14	26
		28.57	33.33	61.90
		46.15	53.85	
		57.14	66.67	
	1	9	7	16
		21.43	16.67	38.10
		56.25	43.75	
		42.86	33.33	

Total	21	21	42
	50.00	50.00	100.00

Table of gruppe by intervention			
Frequency	gruppe(Gruppe intervention	Inter-vention (Før=0	
Percent	(SH/LH))	Efter=1))	
Row Pct			
Col Pct	0	1	Total
LH	9	6	15
	21.43	14.29	35.71
	60.00	40.00	
	42.86	28.57	
SH	12	15	27
	28.57	35.71	64.29
	44.44	55.56	
	57.14	71.43	
Total	21	21	42
	50.00	50.00	100.00

The MEANS Procedure

Analysis Variable : BMI BMI (kg/m2)

Køn (0-1)	Inter-vention (Før=0 Efter=1)	N	Obs	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
0	0	12	12	21.0359830	4.8347659	15.9757819	31.8877551	
	1	14	14	20.2335840	4.0221413	12.7790375	28.0403781	
1	0	9	9	22.8781094	2.5761559	19.7846479	27.7176852	
	1	7	7	20.0585162	1.6524439	16.6719094	21.4444946	

The MEANS Procedure

Analysis Variable : bmr BMR(hb) (kcal/d)

Køn (0-1)	Inter-vention (Før=0 Efter=1)	N	Obs	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
0	0	12	12	1209.38	220.2418378	935.7200000	1619.72	
	1	14	14	1169.01	188.8755479	902.4000000	1515.90	
1	0	9	9	1438.13	133.5806004	1205.52	1655.60	
	1	7	7	1390.05	130.7224280	1183.90	1573.40	

The UNIVARIATE Procedure
 Variable: Steps__antal_ (Steps (antal))

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	1154.97619	Sum Observations	48509
Std Deviation	1499.6802	Variance	2249040.71
Skewness	1.47009248	Kurtosis	1.33020995
Uncorrected SS	148237409	Corrected SS	92210669
Coeff Variation	129.845118	Std Error Mean	231.405679

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	1154.976	Std Deviation	1500
Median	376.500	Variance	2249041
Mode	6.000	Range	5375
		Interquartile Range	2048

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 4.991132	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.765471	Pr < W <0.0001
Kolmogorov-Smirnov D	D 0.251089	Pr > D <0.0100
Cramer-von Mises	W-Sq 0.669429	Pr > W-Sq <0.0050
Anderson-Darling	A-Sq 3.701991	Pr > A-Sq <0.0050

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	5376.0
99%	5376.0
95%	4879.0
90%	3206.0
75% Q3	2120.0
50% Median	376.5

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	72.0
10%	28.0
5%	6.0
1%	1.0
0% Min	1.0

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
1	10	3206	29
6	16	3416	21
6	7	4879	9
15	38	4969	42
28	31	5376	20

The SAS System

The UNIVARIATE Procedure
Variable: MET (MET)

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	1.20238095	Sum Observations	50.5
Std Deviation	0.18278082	Variance	0.03340883
Skewness	0.7432161	Kurtosis	0.01470656
Uncorrected SS	62.09	Corrected SS	1.3697619
Coeff Variation	15.2015729	Std Error Mean	0.02820369

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	1.202381	Std Deviation	0.18278
Median	1.200000	Variance	0.03341
Mode	1.100000	Range	0.70000
		Interquartile Range	0.20000

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 42.63204	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.909504	Pr < W 0.0028
Kolmogorov-Smirnov D	D 0.219482	Pr > D <0.0100
Cramer-von Mises	W-Sq 0.279259	Pr > W-Sq <0.0050
Anderson-Darling	A-Sq 1.537836	Pr > A-Sq <0.0050

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	1.6
99%	1.6
95%	1.6
90%	1.5
75% Q3	1.3
50% Median	1.2

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	1.1
10%	1.0
5%	1.0
1%	0.9
0% Min	0.9

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
0.9	14	1.5	24
0.9	4	1.5	34
1.0	37	1.6	28
1.0	26	1.6	30
1.0	25	1.6	39

The UNIVARIATE Procedure
 Variable: Lying_down__timer_ (Lying down (timer))

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	9.48730159	Sum Observations	398.466667
Std Deviation	3.94112809	Variance	15.5324906
Skewness	0.36467321	Kurtosis	0.52743957
Uncorrected SS	4417.20556	Corrected SS	636.832116
Coeff Variation	41.5410858	Std Error Mean	0.60812927

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	9.487302	Std Deviation	3.94113
Median	9.683333	Variance	15.53249
Mode	6.350000	Range	18.90000
		Interquartile Range	5.26667

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 15.6008	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.976864	Pr < W 0.5434
Kolmogorov-Smirnov	D 0.093898	Pr > D >0.1500
Cramer-von Mises	W-Sq 0.061115	Pr > W-Sq >0.2500
Anderson-Darling	A-Sq 0.389753	Pr > A-Sq >0.2500

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	20.10000
99%	20.10000
95%	15.83333
90%	14.68333
75% Q3	11.61667
50% Median	9.68333

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	6.35000
10%	5.46667
5%	4.30000
1%	1.20000
0% Min	1.20000

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
1.20000	40	14.6833	11
1.60000	12	15.4500	15
4.30000	35	15.8333	10
4.68333	33	17.5333	7
5.46667	26	20.1000	16

The UNIVARIATE Procedure
 Variable: Sleep__timer_ (Sleep (timer))

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	6.80277778	Sum Observations	285.716667
Std Deviation	3.13022661	Variance	9.79831865
Skewness	0.79746814	Kurtosis	1.9821239
Uncorrected SS	2345.39806	Corrected SS	401.731065
Coeff Variation	46.0139478	Std Error Mean	0.48300445

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	6.802778	Std Deviation	3.13023
Median	7.116667	Variance	9.79832
Mode	3.500000	Range	16.53333
		Interquartile Range	4.26667

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 14.0843	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.950657	Pr < W 0.0682
Kolmogorov-Smirnov	D 0.091911	Pr > D >0.1500
Cramer-von Mises	W-Sq 0.053972	Pr > W-Sq >0.2500
Anderson-Darling	A-Sq 0.433863	Pr > A-Sq >0.2500

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	17.48333
99%	17.48333
95%	11.40000
90%	10.73333
75% Q3	8.78333
50% Median	7.11667

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	4.51667
10%	3.50000
5%	3.05000
1%	0.95000
0% Min	0.95000

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
0.95000	40	10.7333	15
1.28333	12	10.9000	36
3.05000	41	11.4000	7
3.50000	20	11.6000	10
3.50000	5	17.4833	16

The SAS System

The UNIVARIATE Procedure
Variable: BMI (BMI (kg/m2))

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	21.0003469	Sum Observations	882.01457
Std Deviation	3.77119745	Variance	14.2219302
Skewness	0.5343117	Kurtosis	0.96971021
Uncorrected SS	19105.7111	Corrected SS	583.099139
Coeff Variation	17.9577865	Std Error Mean	0.5819084

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	21.00035	Std Deviation	3.77120
Median	20.34726	Variance	14.22193
Mode	.	Range	19.10872
		Interquartile Range	4.07755

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 36.08875	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.970948	Pr < W 0.3552
Kolmogorov-Smirnov D	D 0.095159	Pr > D >0.1500
Cramer-von Mises	W-Sq 0.072674	Pr > W-Sq >0.2500
Anderson-Darling	A-Sq 0.460489	Pr > A-Sq >0.2500

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	31.8878
99%	31.8878
95%	27.9155
90%	24.6230
75% Q3	23.1837
50% Median	20.3473

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	19.1061
10%	16.7860
5%	15.9758
1%	12.7790
0% Min	12.7790

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
12.7790	28	24.6230	18
14.1994	24	27.7177	14
15.9758	13	27.9155	9
16.6719	30	28.0404	25
16.7860	3	31.8878	12

The UNIVARIATE Procedure
Variable: bmr (BMR(hb) (kcal/d))

Moments

N	42	Sum Weights	42
Mean	1275.05333	Sum Observations	53552.24
Std Deviation	208.578605	Variance	43505.0343
Skewness	-0.1444811	Kurtosis	-0.9460694
Uncorrected SS	70065668.5	Corrected SS	1783706.41
Coeff Variation	16.358422	Std Error Mean	32.1843774

Basic Statistical Measures

Location		Variability	
Mean	1275.053	Std Deviation	208.57860
Median	1285.250	Variance	43505
Mode	.	Range	753.20000
		Interquartile Range	297.36000

Tests for Location: Mu0=0

Test	Statistic	p Value
Student's t	t 39.61715	Pr > t <.0001
Sign	M 21	Pr >= M <.0001
Signed Rank S	S 451.5	Pr >= S <.0001

Tests for Normality

Test	Statistic	p Value
Shapiro-Wilk	W 0.964189	Pr < W 0.2081
Kolmogorov-Smirnov D	D 0.114061	Pr > D >0.1500
Cramer-von Mises	W-Sq 0.058592	Pr > W-Sq >0.2500
Anderson-Darling	A-Sq 0.416674	Pr > A-Sq >0.2500

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
100% Max	1655.60
99%	1655.60
95%	1575.30
90%	1515.90
75% Q3	1435.50
50% Median	1285.25

Quantiles (Definition 5)

Level	Quantile
25% Q1	1138.14
10%	969.24
5%	935.72
1%	902.40
0% Min	902.40

Extreme Observations

Lowest		Highest	
Value	Obs	Value	Obs
902.40	24	1515.90	29
932.72	28	1573.40	34
935.72	13	1575.30	14
940.62	7	1619.72	21
969.24	38	1655.60	20

The SAS System

The TTEST Procedure

Variable: BMI (BMI (kg/m2))

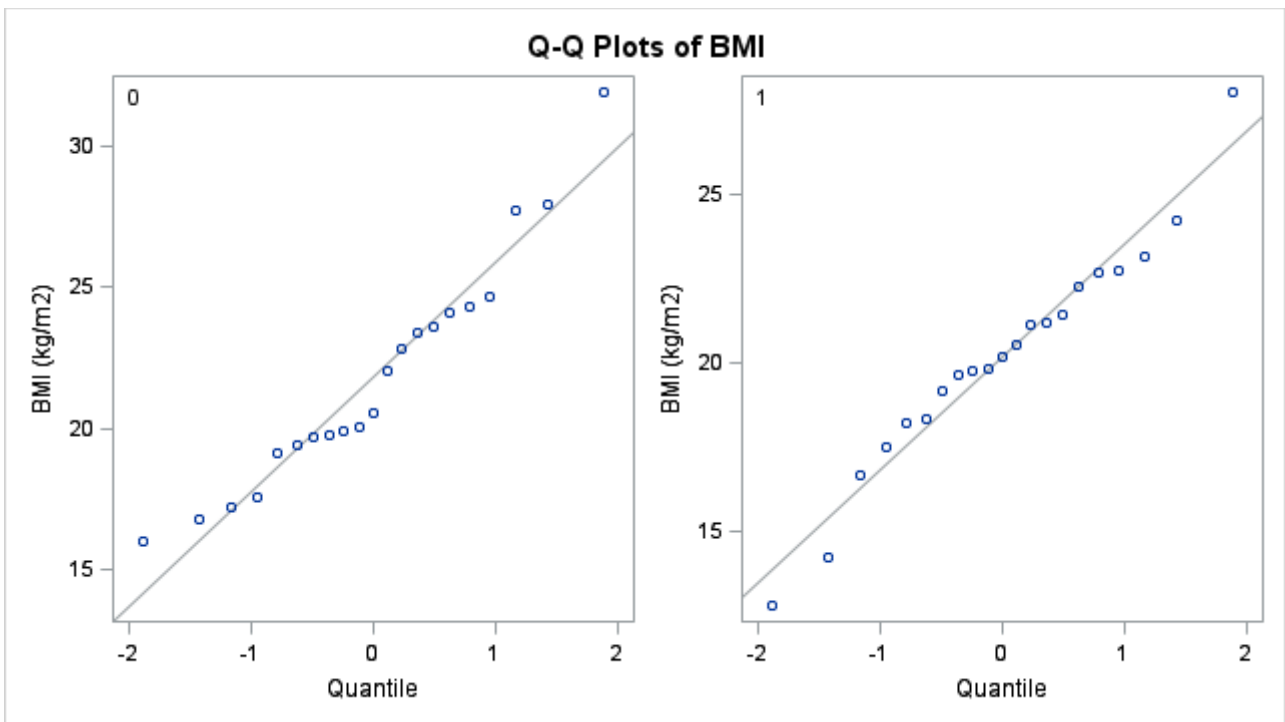
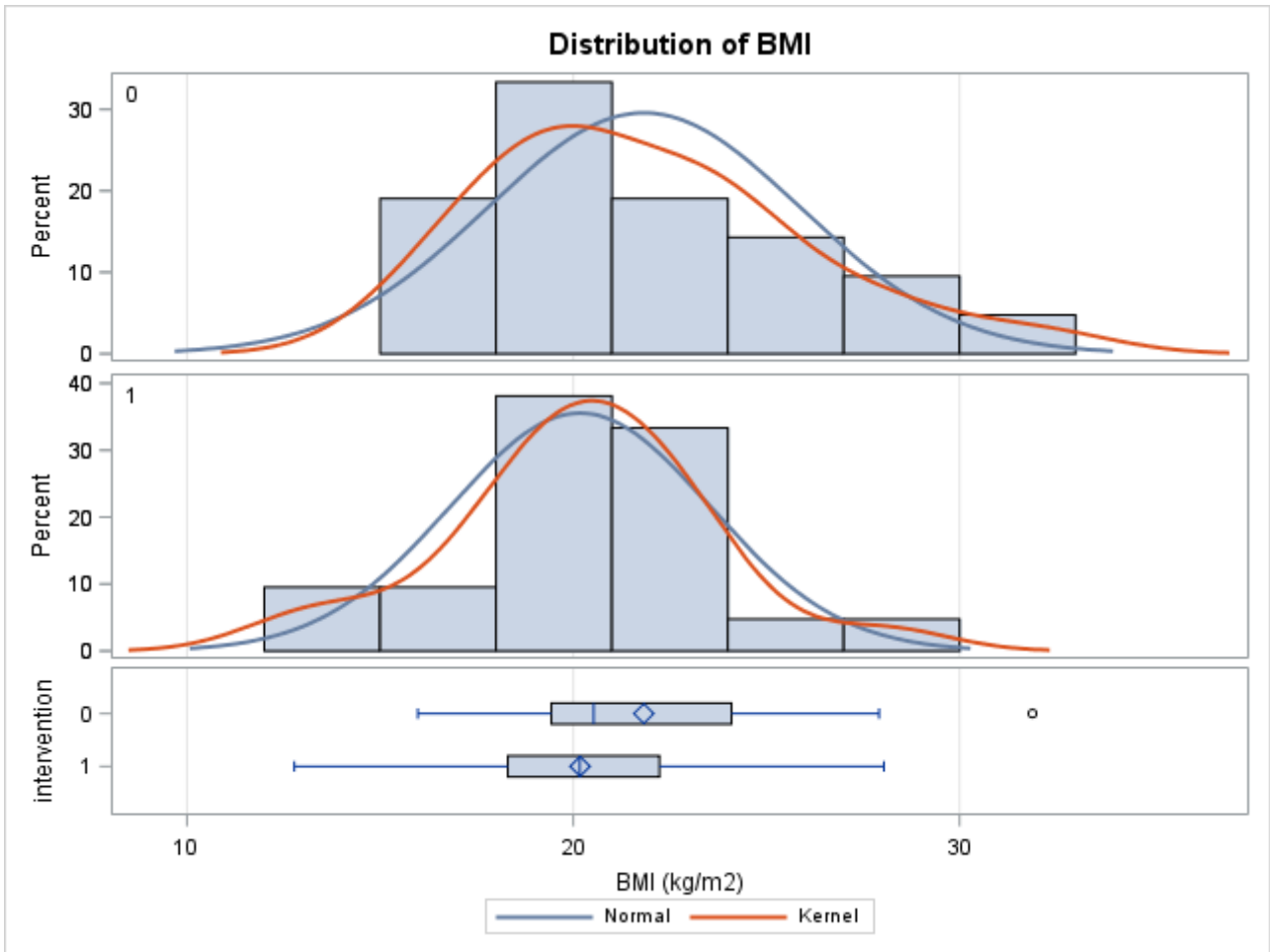
intervention	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
0	21	21.8255	4.0476	0.8833	15.9758	31.8878
1	21	20.1752	3.3678	0.7349	12.7790	28.0404
Diff (1-2)		1.6502	3.7233	1.1490		

intervention	Method	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev
0		21.8255	19.9830 23.6679	4.0476	3.0967 5.8451
1		20.1752	18.6422 21.7082	3.3678	2.5765 4.8633
Diff (1-2)	Pooled	1.6502	-0.6720 3.9725	3.7233	3.0568 4.7639
Diff (1-2)	Satterthwaite	1.6502	-0.6744 3.9749		

Method	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	40	1.44	0.1587
Satterthwaite	Unequal	38.72	1.44	0.1590

Equality of Variances

Method	Num DF	Den DF	F Value	Pr > F
Folded F	20	20	1.44	0.4180



The TTEST Procedure

Variable: bmr (BMR(hb) (kcal/d))

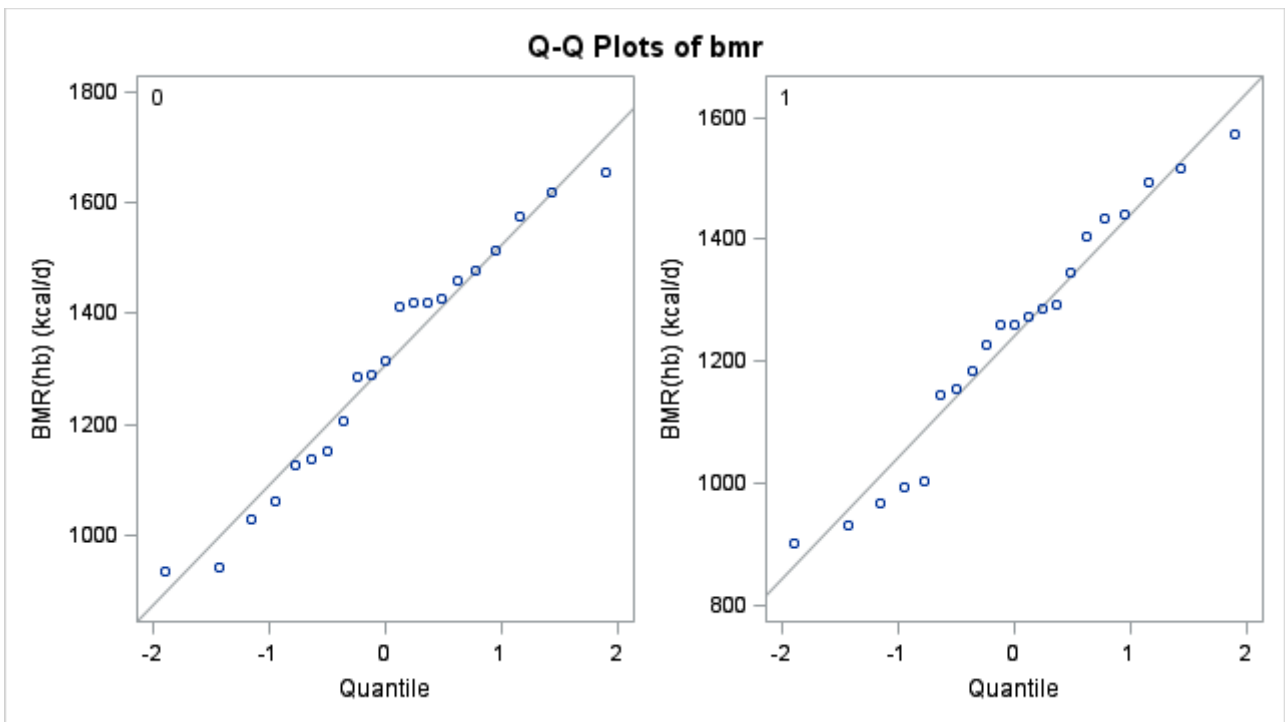
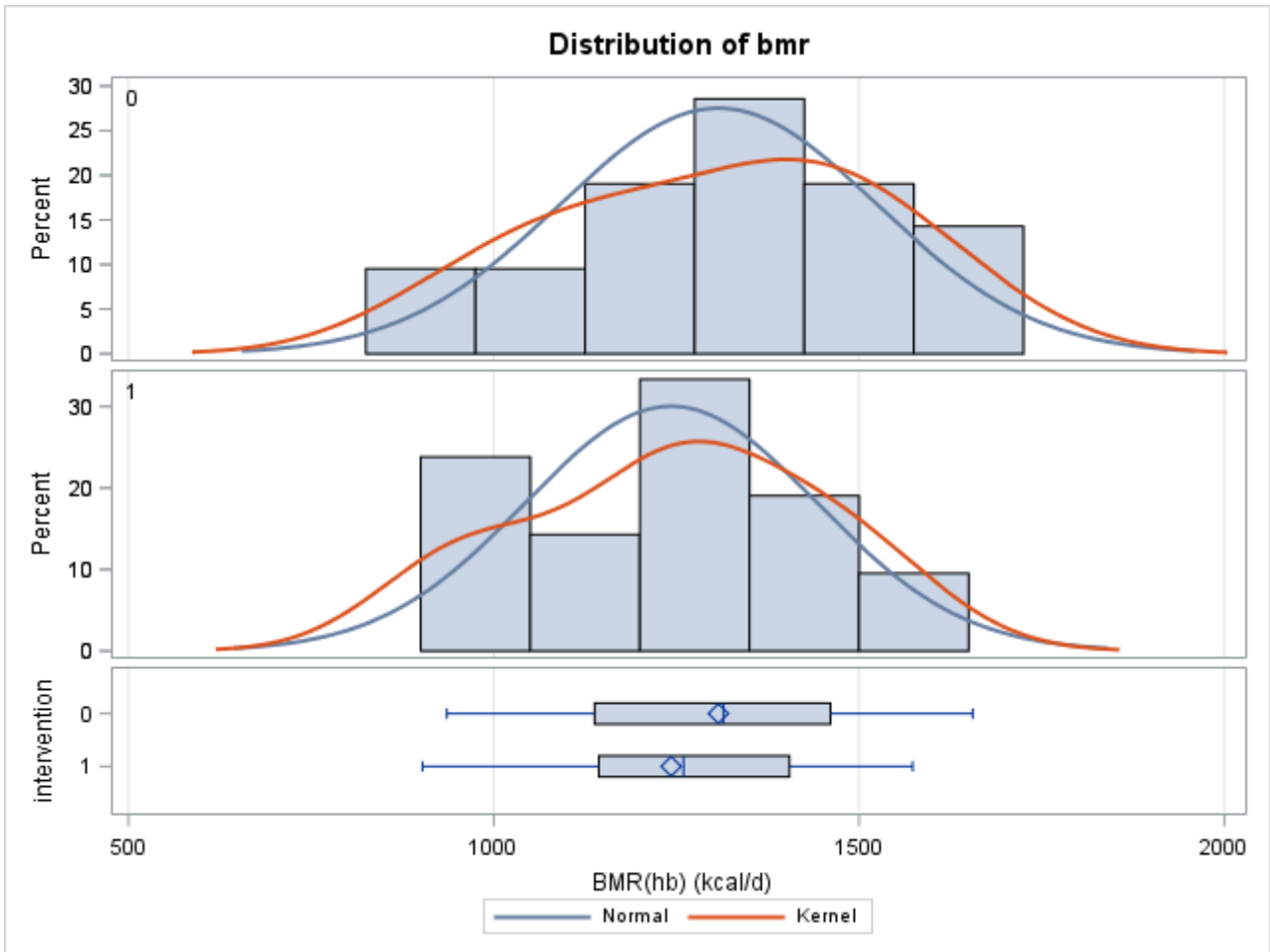
intervention	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
0	21	1307.4	217.4	47.4447	935.7	1655.6
1	21	1242.7	199.3	43.4877	902.4	1573.4
Diff (1-2)		64.7276	208.5	64.3598		

intervention	Method	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev
0		1307.4	1208.4 1406.4	217.4	166.3 314.0
1		1242.7	1152.0 1333.4	199.3	152.5 287.8
Diff (1-2)	Pooled	64.7276	-65.3483 194.8	208.5	171.2 266.8
Diff (1-2)	Satterthwaite	64.7276	-65.3789 194.8		

Method	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	40	1.01	0.3206
Satterthwaite	Unequal	39.7	1.01	0.3206

Equality of Variances

Method	Num DF	Den DF	F Value	Pr > F
Folded F	20	20	1.19	0.7007



The NPAR1WAY Procedure

**Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable Steps__antal_
Classified by Variable intervention**

intervention	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
0	21	444.0	451.50	39.750748	21.142857
1	21	459.0	451.50	39.750748	21.857143

Average scores were used for ties.

Wilcoxon Two-Sample Test

Statistic (S) 444.0000

Normal Approximation

Z -0.1887
One-Sided Pr < Z 0.4252
Two-Sided Pr > |Z| 0.8503

t Approximation

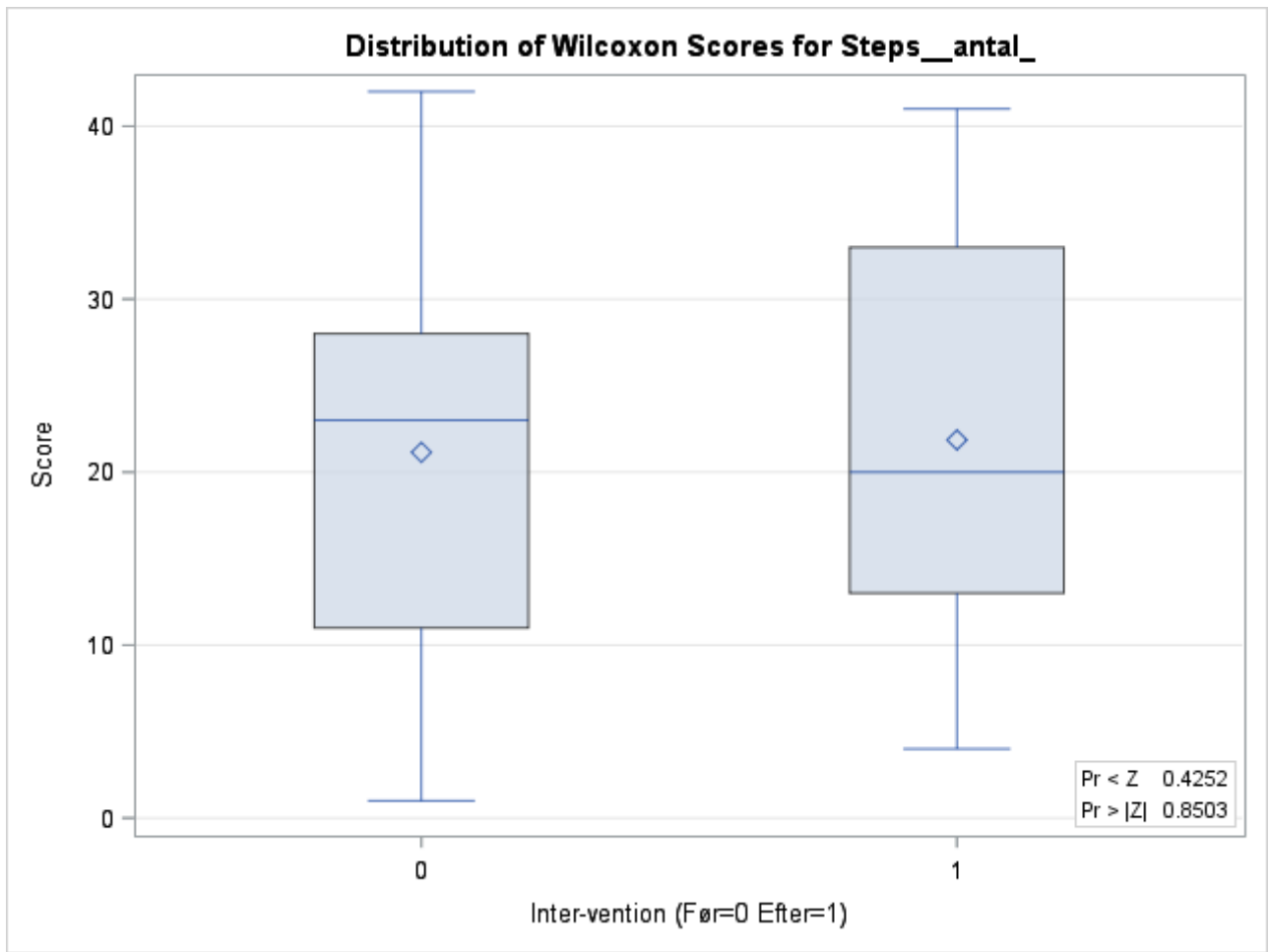
One-Sided Pr < Z 0.4256
Two-Sided Pr > |Z| 0.8513

Exact Test

One-Sided Pr <= S 0.4282
Two-Sided Pr >= |S - Mean| 0.8564

Kruskal-Wallis Test

Chi-Square 0.0356
DF 1
Pr > Chi-Square 0.8503



The NPAR1WAY Procedure

**Wilcoxon Scores (Rank Sums) for Variable MET
Classified by Variable intervention**

intervention	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score
0	21	381.50	451.50	38.863033	18.166667
1	21	521.50	451.50	38.863033	24.833333

Average scores were used for ties.

Wilcoxon Two-Sample Test

Statistic (S) 381.5000

Normal Approximation

Z -1.8012
 One-Sided Pr < Z 0.0358
 Two-Sided Pr > |Z| 0.0717

t Approximation

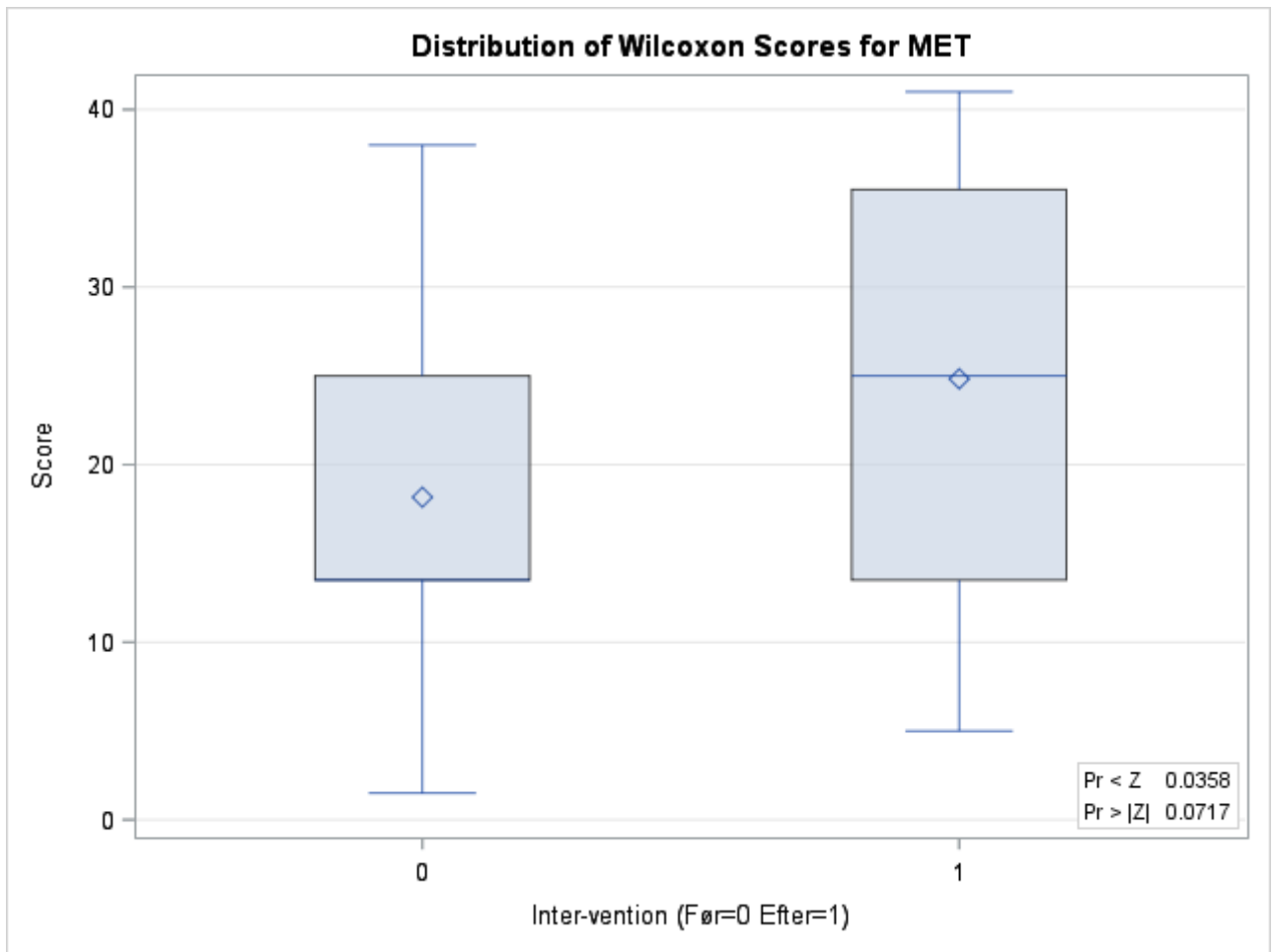
One-Sided Pr < Z 0.0395
 Two-Sided Pr > |Z| 0.0790

Exact Test

One-Sided Pr <= S 0.0363
 Two-Sided Pr >= |S - Mean| 0.0727

Kruskal-Wallis Test

Chi-Square 3.2443
 DF 1
 Pr > Chi-Square 0.0717



The TTEST Procedure

Variable: Lying_down__timer_ (Lying down (timer))

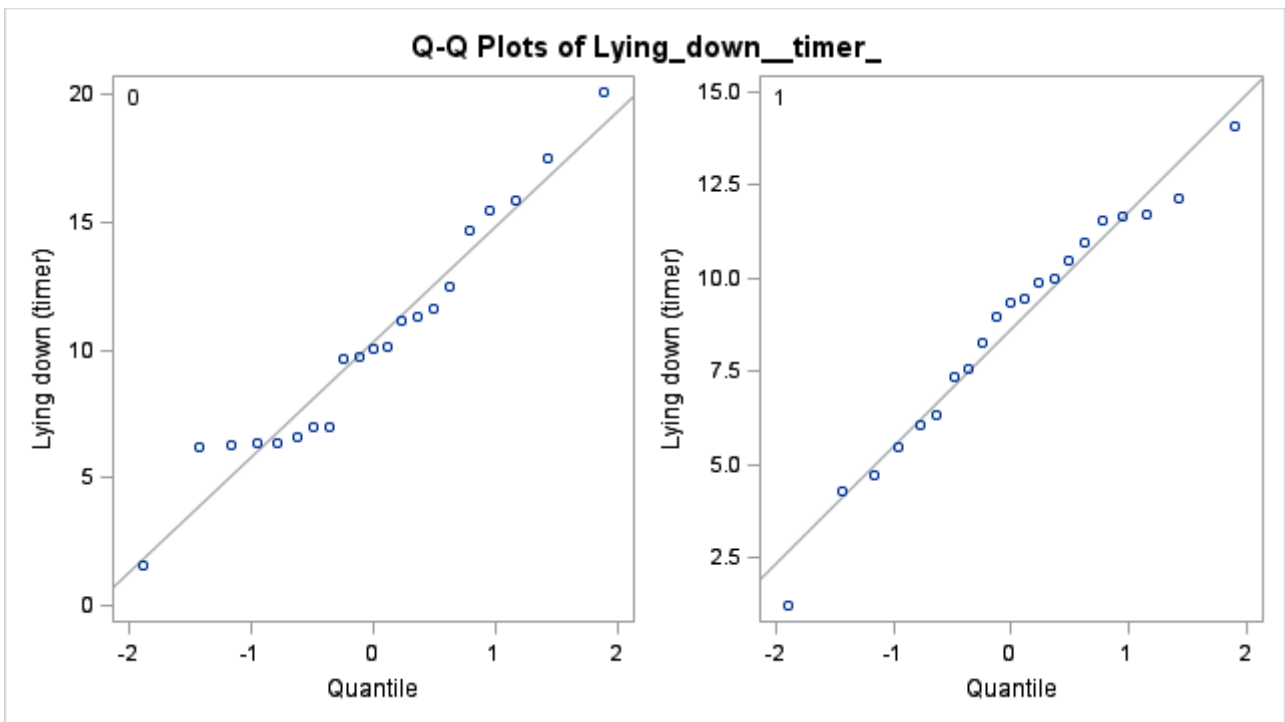
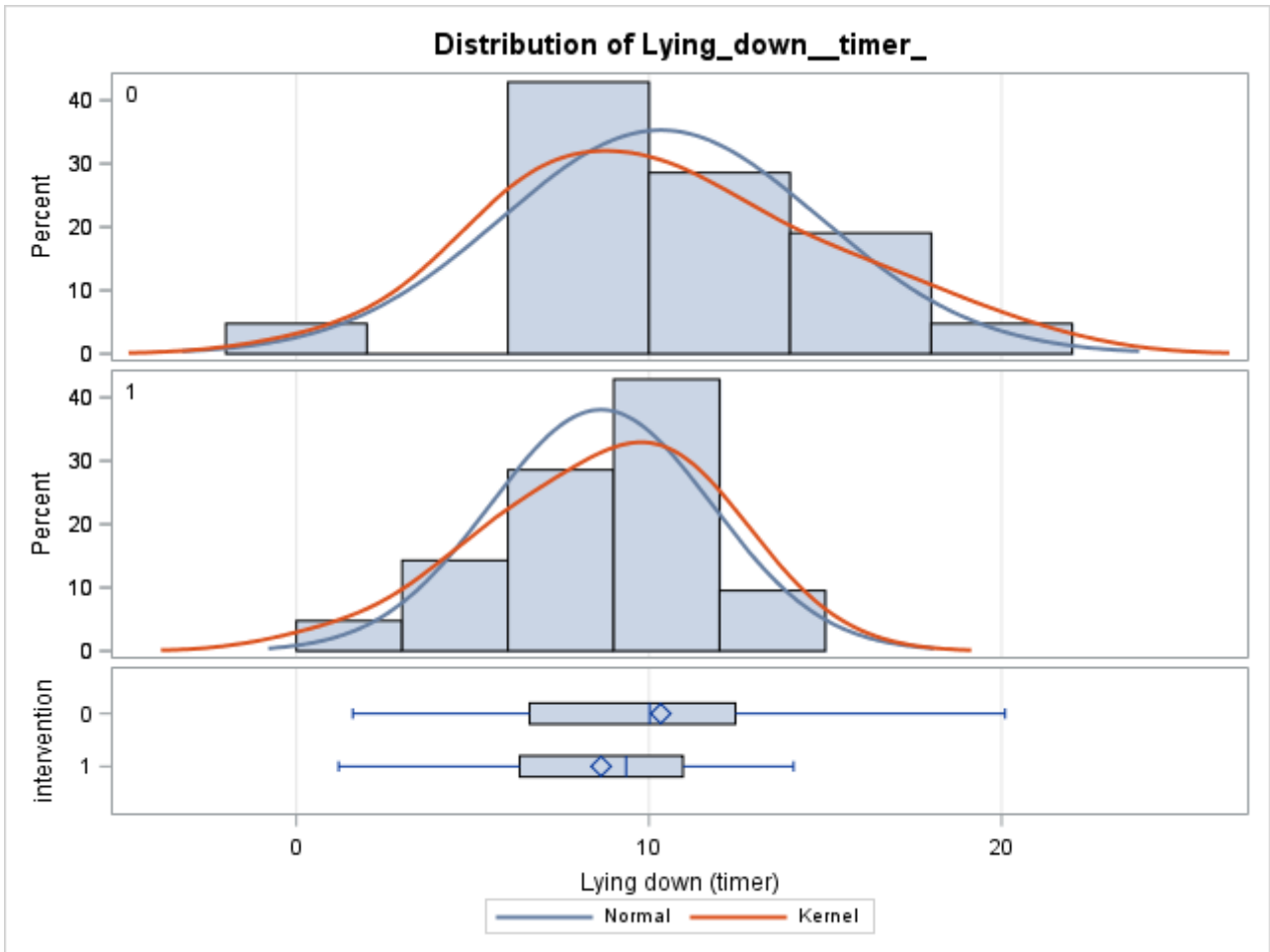
intervention	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
0	21	10.3333	4.5225	0.9869	1.6000	20.1000
1	21	8.6413	3.1442	0.6861	1.2000	14.1000
Diff (1-2)		1.6921	3.8948	1.2020		

intervention	Method	Mean	95% CL Mean	Std Dev	95% CL Std Dev
0		10.3333	8.2747 12.3919	4.5225	3.4600 6.5308
1		8.6413	7.2101 10.0725	3.1442	2.4055 4.5404
Diff (1-2)	Pooled	1.6921	-0.7372 4.1213	3.8948	3.1977 4.9834
Diff (1-2)	Satterthwaite	1.6921	-0.7464 4.1305		

Method	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	40	1.41	0.1669
Satterthwaite	Unequal	35.672	1.41	0.1679

Equality of Variances

Method	Num DF	Den DF	F Value	Pr > F
Folded F	20	20	2.07	0.1122



The TTEST Procedure

Variable: Sleep__timer_ (Sleep (timer))

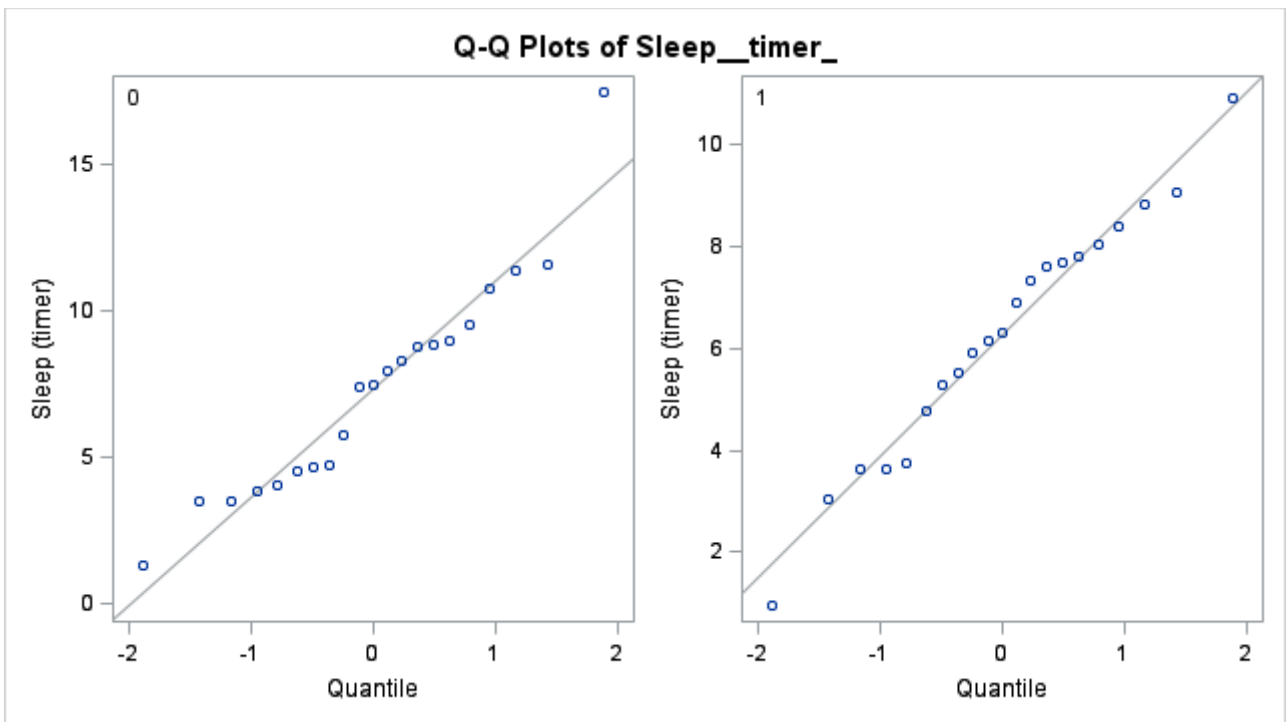
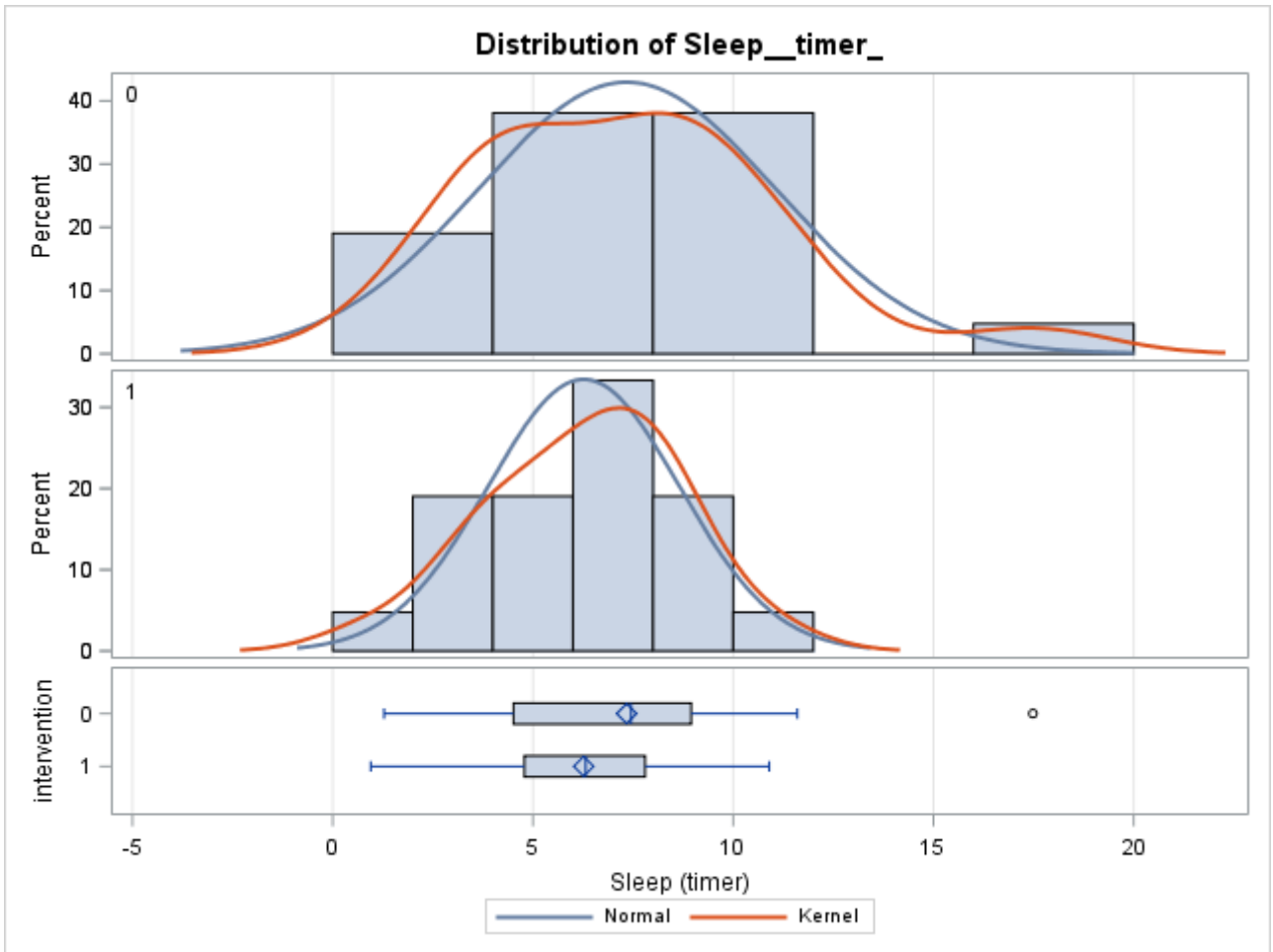
intervention	N	Mean	Std Dev	Std Err	Minimum	Maximum
0	21	7.3397	3.7138	0.8104	1.2833	17.4833
1	21	6.2659	2.3851	0.5205	0.9500	10.9000
Diff (1-2)		1.0738	3.1210	0.9632		

intervention	Method	Mean	95% CL	Mean	Std Dev	95% CL	Std Dev
0		7.3397	5.6492 9.0302	3.7138	2.8413	5.3630	
1		6.2659	5.1802 7.3516	2.3851	1.8248	3.4443	
Diff (1-2)	Pooled	1.0738	-0.8728 3.0204	3.1210	2.5624	3.9933	
Diff (1-2)	Satterthwaite	1.0738	-0.8834 3.0310				

Method	Variances	DF	t Value	Pr > t
Pooled	Equal	40	1.11	0.2716
Satterthwaite	Unequal	34.1	1.11	0.2727

Equality of Variances

Method	Num DF	Den DF	F Value	Pr > F
Folded F	20	20	2.42	0.0542



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

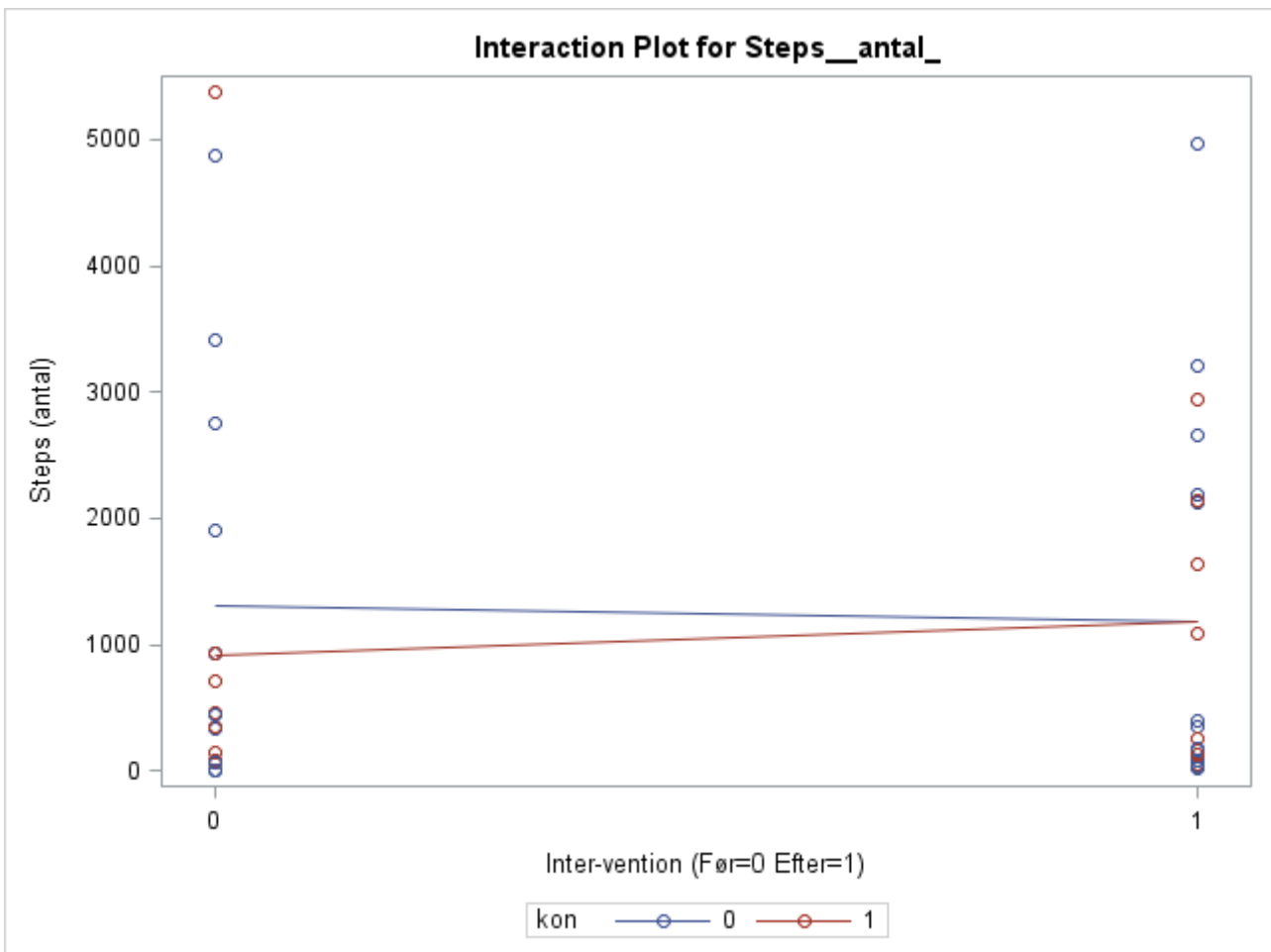
The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	819207.85	273069.28	0.11	0.9516
Error	38	91391461.13	2405038.45		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.008884 134.2728 1550.819 1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	47763.2956	47763.2956	0.02	0.8887
kon	1	376792.3885	376792.3885	0.16	0.6945
intervention*kon	1	385621.9031	385621.9031	0.16	0.6911



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The GLM Procedure

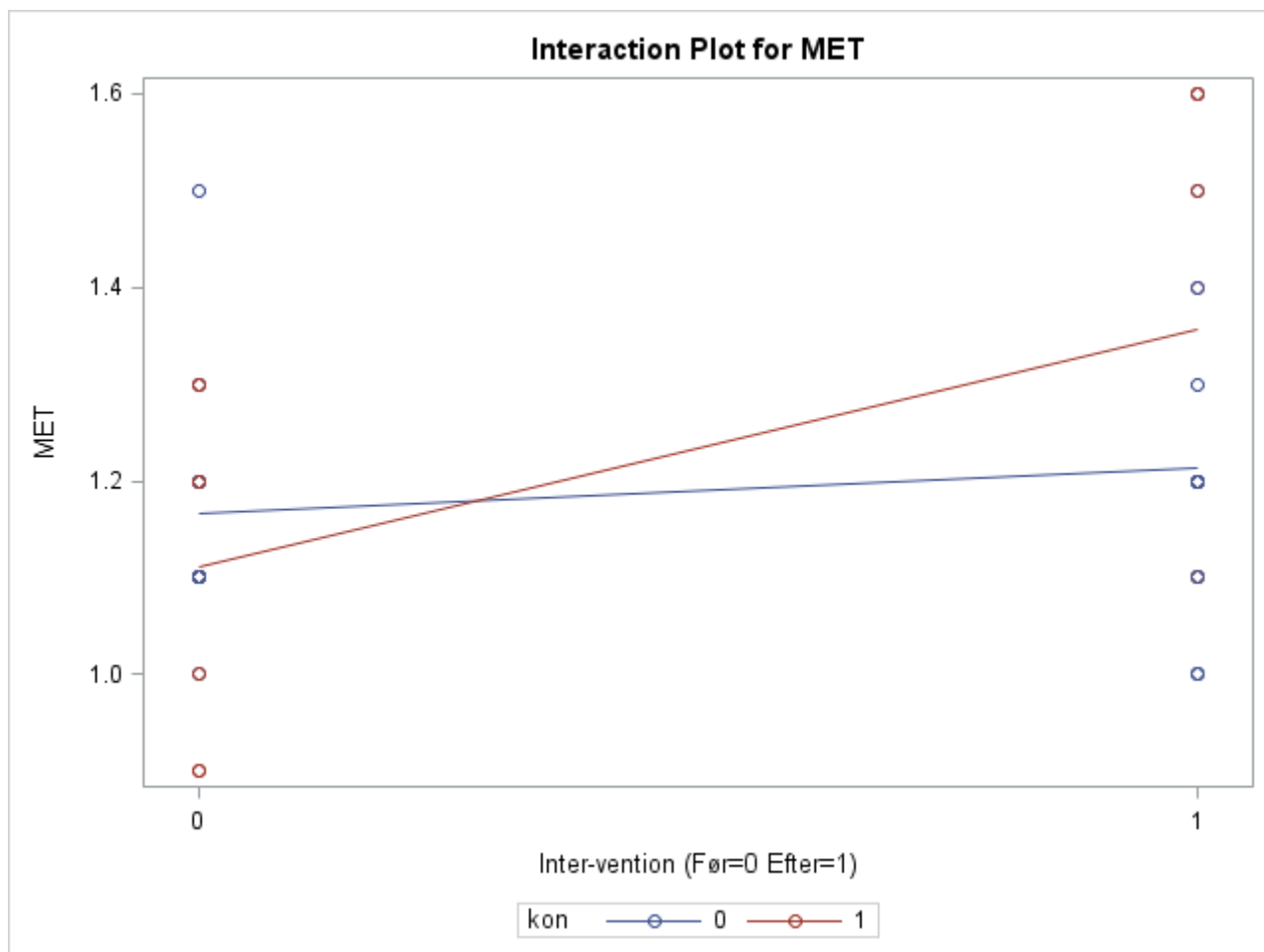
Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	0.25992063	0.08664021	2.97	0.0440
Error	38	1.10984127	0.02920635		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.189756 14.21335 0.170899 1.202381

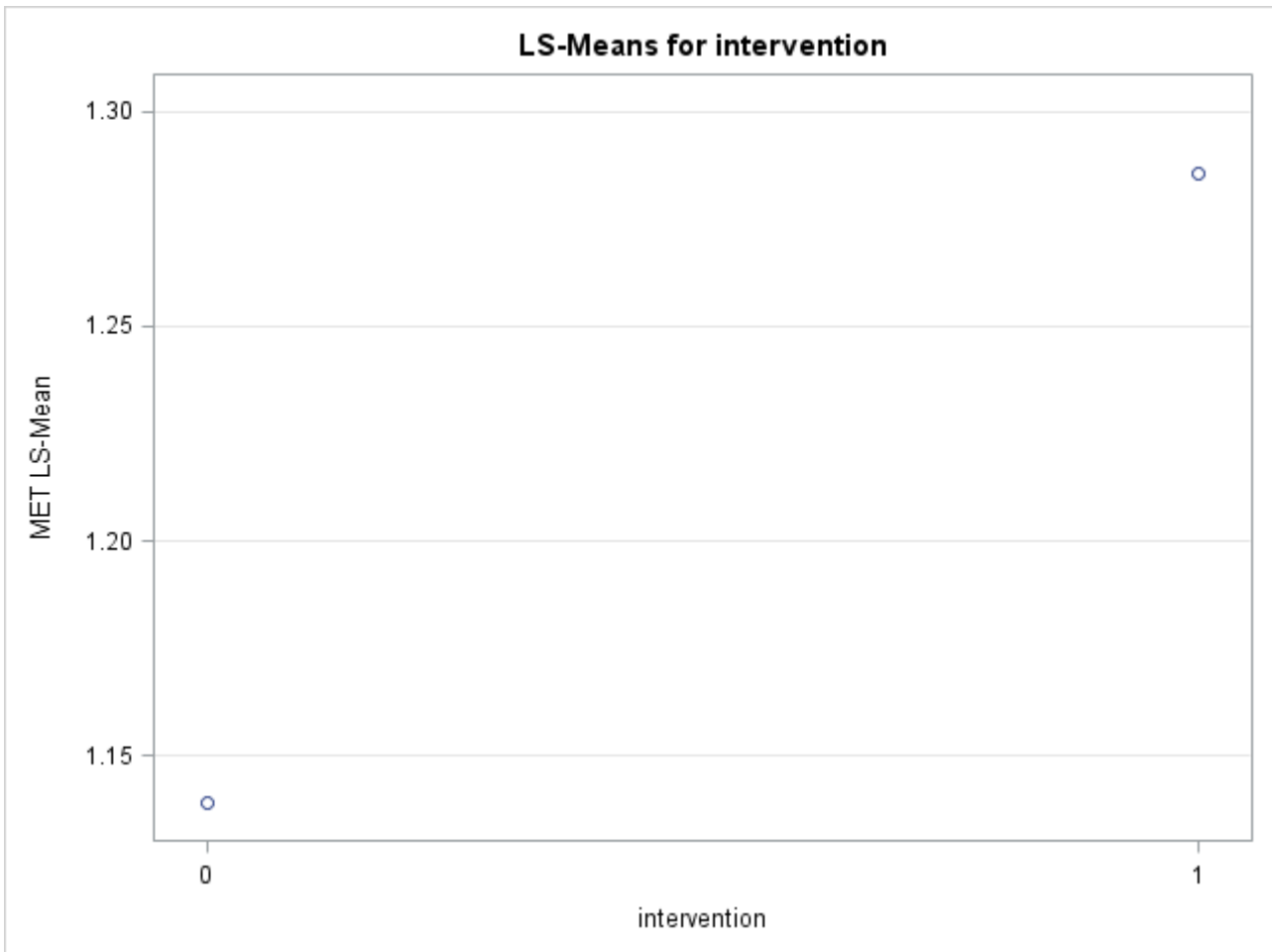
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.21097241	0.21097241	7.22	0.0106
kon	1	0.01864694	0.01864694	0.64	0.4292
intervention*kon	1	0.09631684	0.09631684	3.30	0.0773

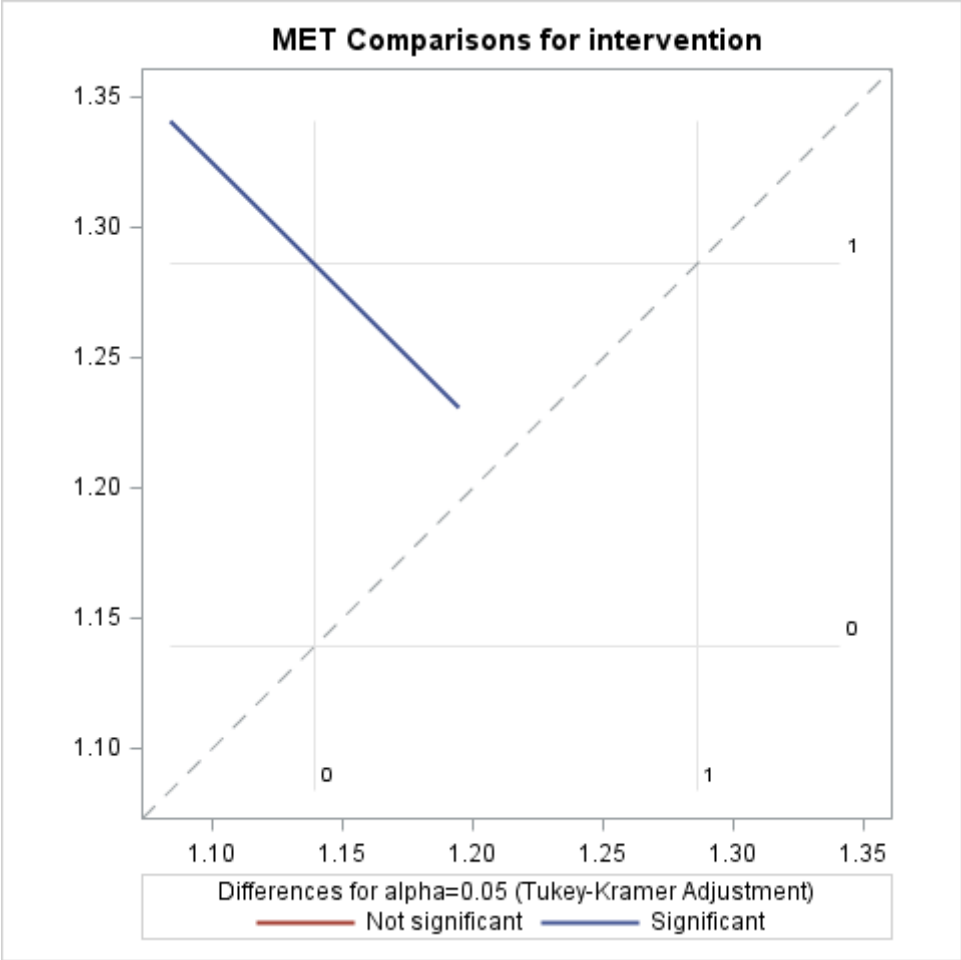


The SAS System

The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
intervention MET LSMEAN H0:LSMean1=LSMean2

		Pr > t
0	1.13888889	0.0106
1	1.28571429	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

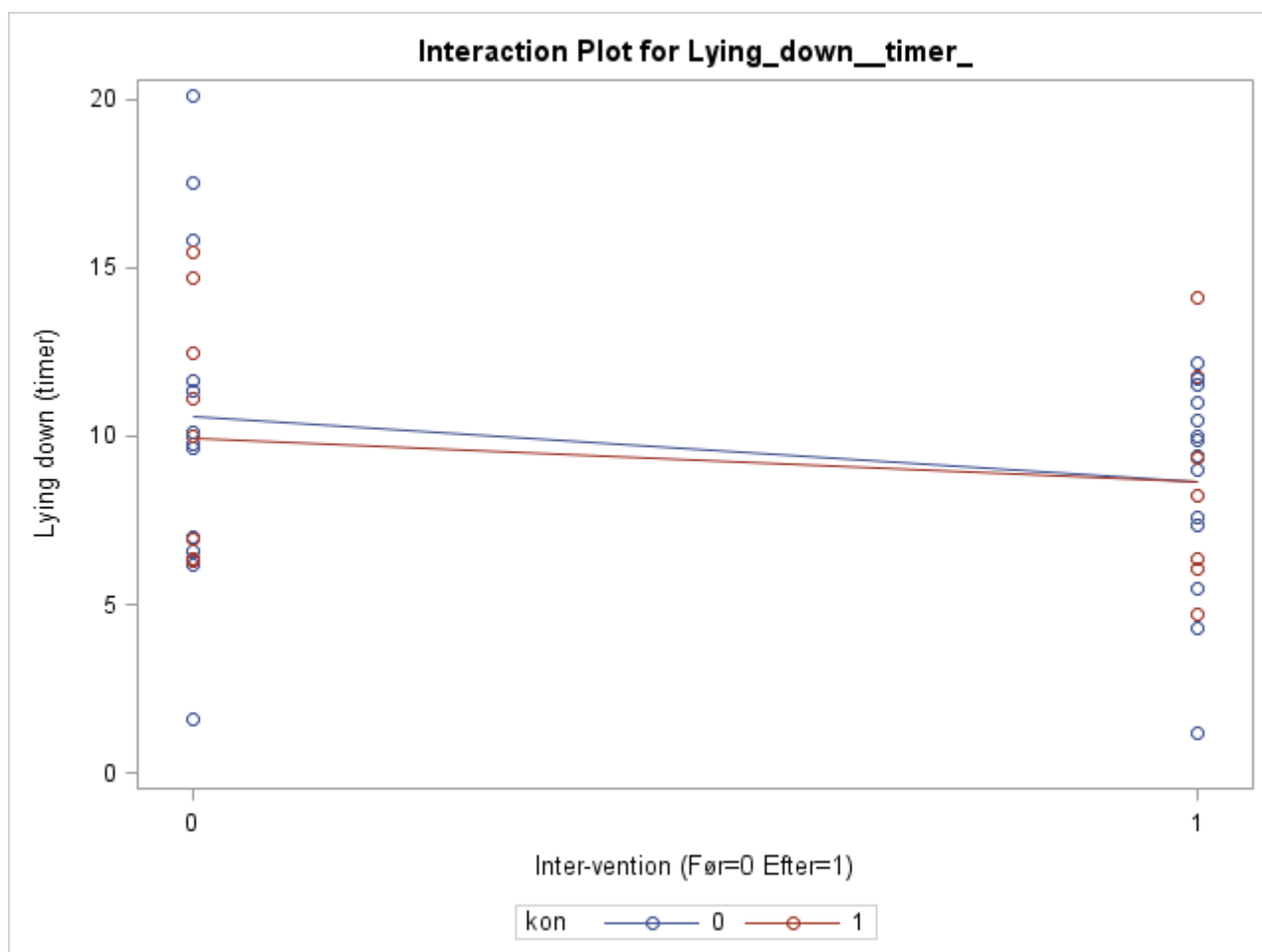
The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	32.2012974	10.7337658	0.67	0.5730
Error	38	604.6308190	15.9113373		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var Root MSE Lying_down__timer_ Mean
 0.050565 42.04464 3.988902 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	26.50164562	26.50164562	1.67	0.2046
kon	1	1.01005575	1.01005575	0.06	0.8024
intervention*kon	1	1.02508271	1.02508271	0.06	0.8010



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

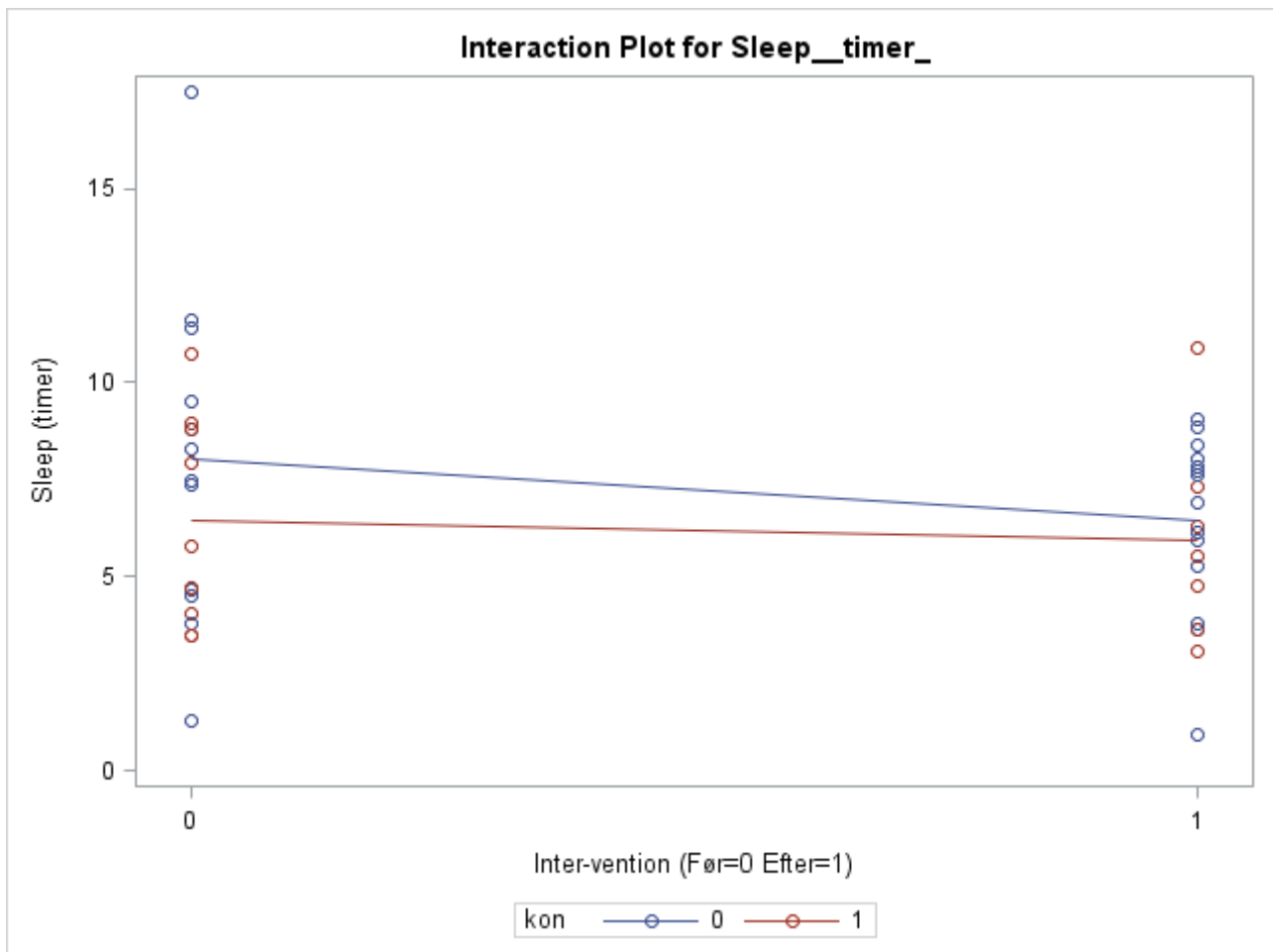
The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	25.9958377	8.6652792	0.88	0.4619
Error	38	375.7352271	9.8877691		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.064710	46.22351	3.144482	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	10.67834609	10.67834609	1.08	0.3053
kon	1	10.50328316	10.50328316	1.06	0.3092
intervention*kon	1	2.82387647	2.82387647	0.29	0.5962



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

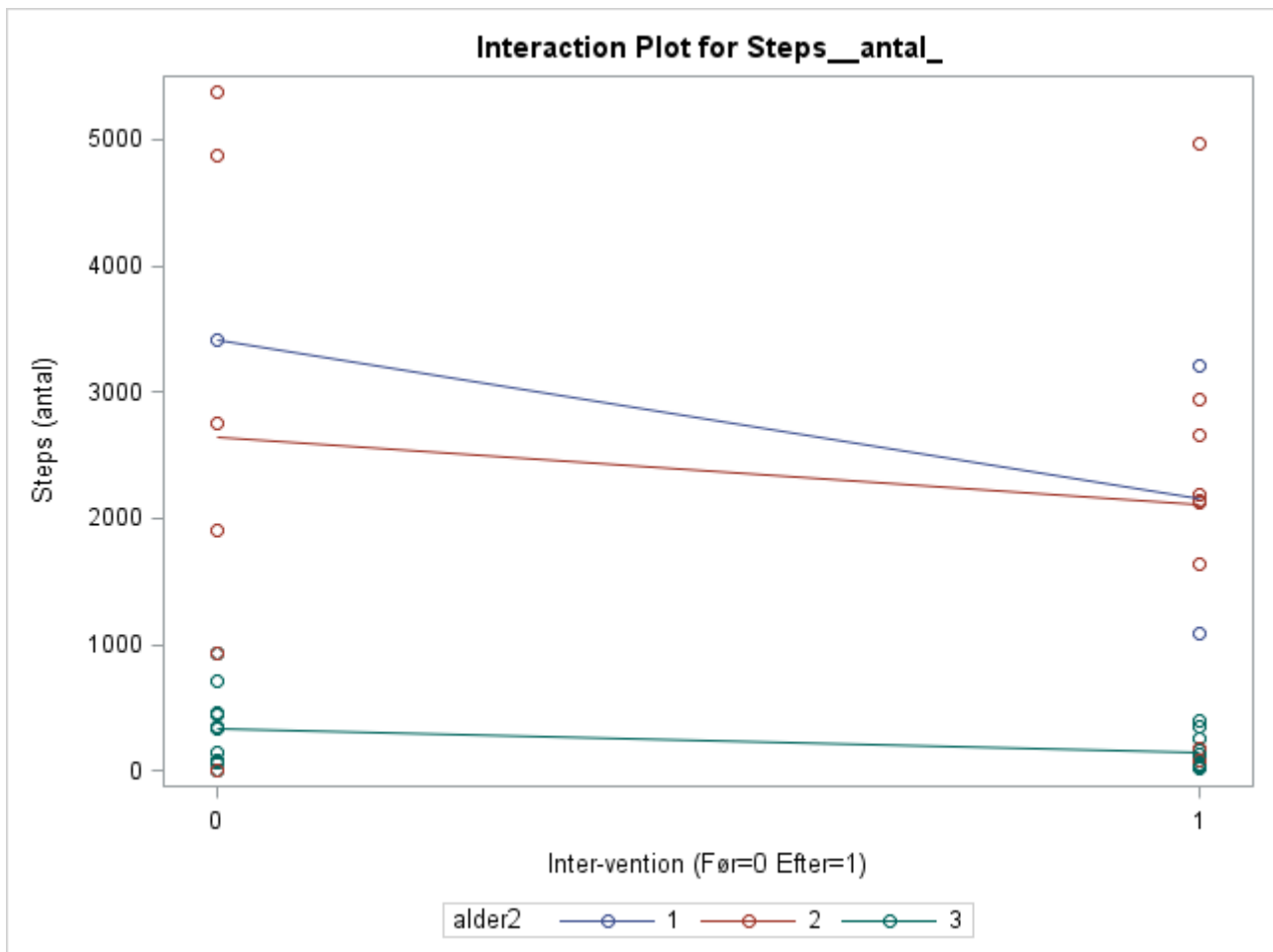
The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	5	48281749.81	9656349.96	7.91	<.0001
Error	36	43928919.16	1220247.75		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.523603 95.64251 1104.648 1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	2020035.17	2020035.17	1.66	0.2064
alder2	2	48147950.16	24073975.08	19.73	<.0001
intervention*alder2	2	845289.09	422644.54	0.35	0.7096



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

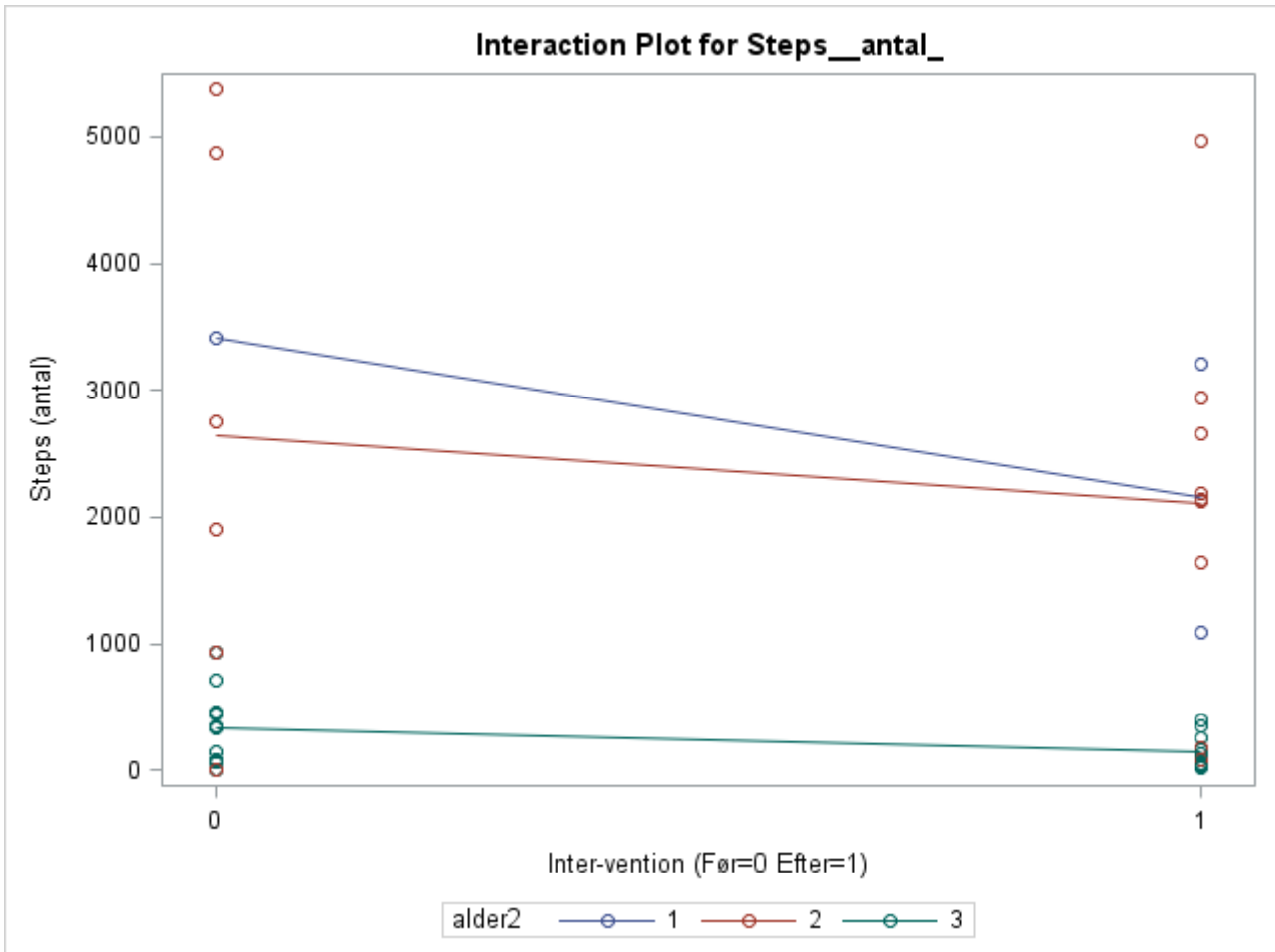
The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	5	48281749.81	9656349.96	7.91	<.0001
Error	36	43928919.16	1220247.75		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.523603 95.64251 1104.648 1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	2020035.17	2020035.17	1.66	0.2064
alder2	2	48147950.16	24073975.08	19.73	<.0001
intervention*alder2	2	845289.09	422644.54	0.35	0.7096

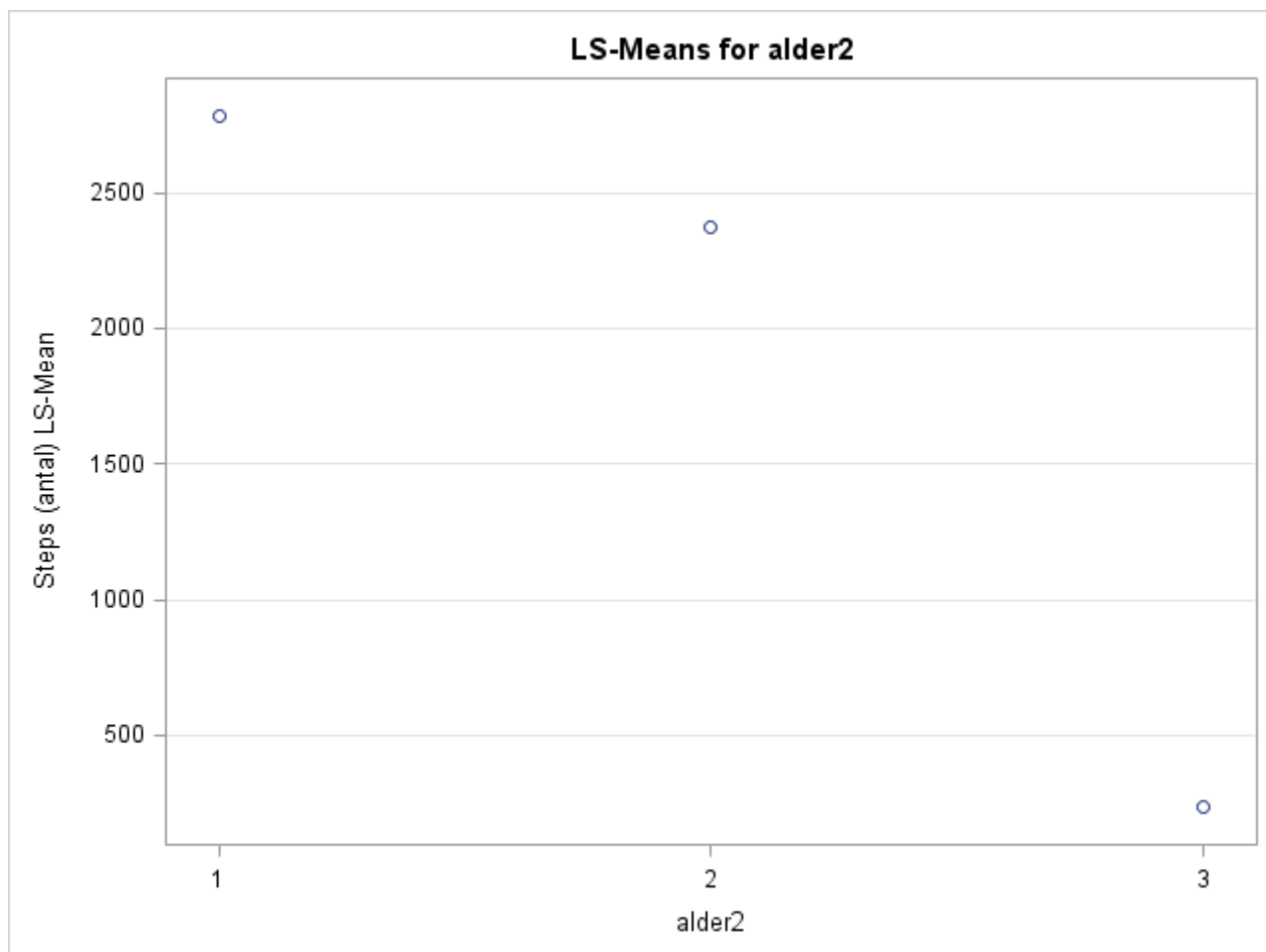


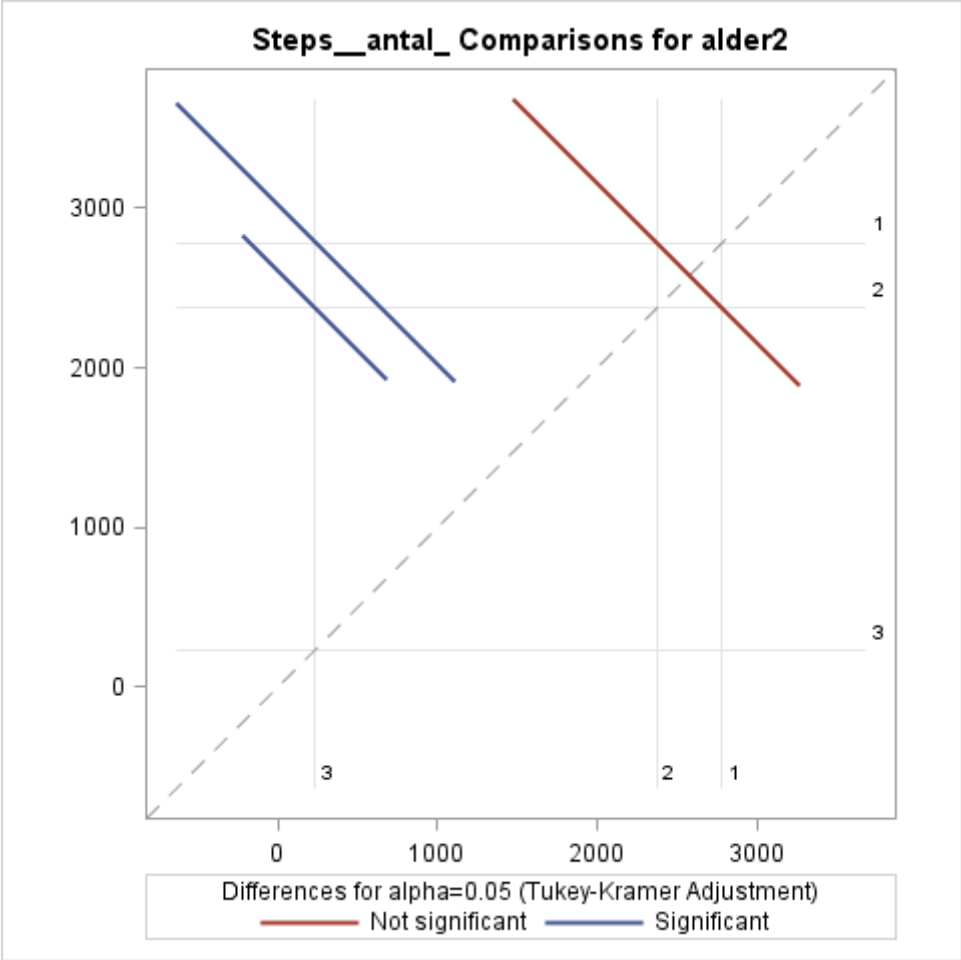
The GLM Procedure
 Least Squares Means
 Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
alder2 Steps__antal_ LSMEAN LSMEAN Number

1	2782.50000	1
2	2372.75000	2
3	235.33571	3

Least Squares Means for effect alder2
Pr > |t| for H0: LSMean(i)=LSMean(j)
Dependent Variable: Steps__antal_

i/j	1	2	3
1		0.8439	0.0029
2	0.8439		<.0001
3	0.0029	<.0001	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The GLM Procedure

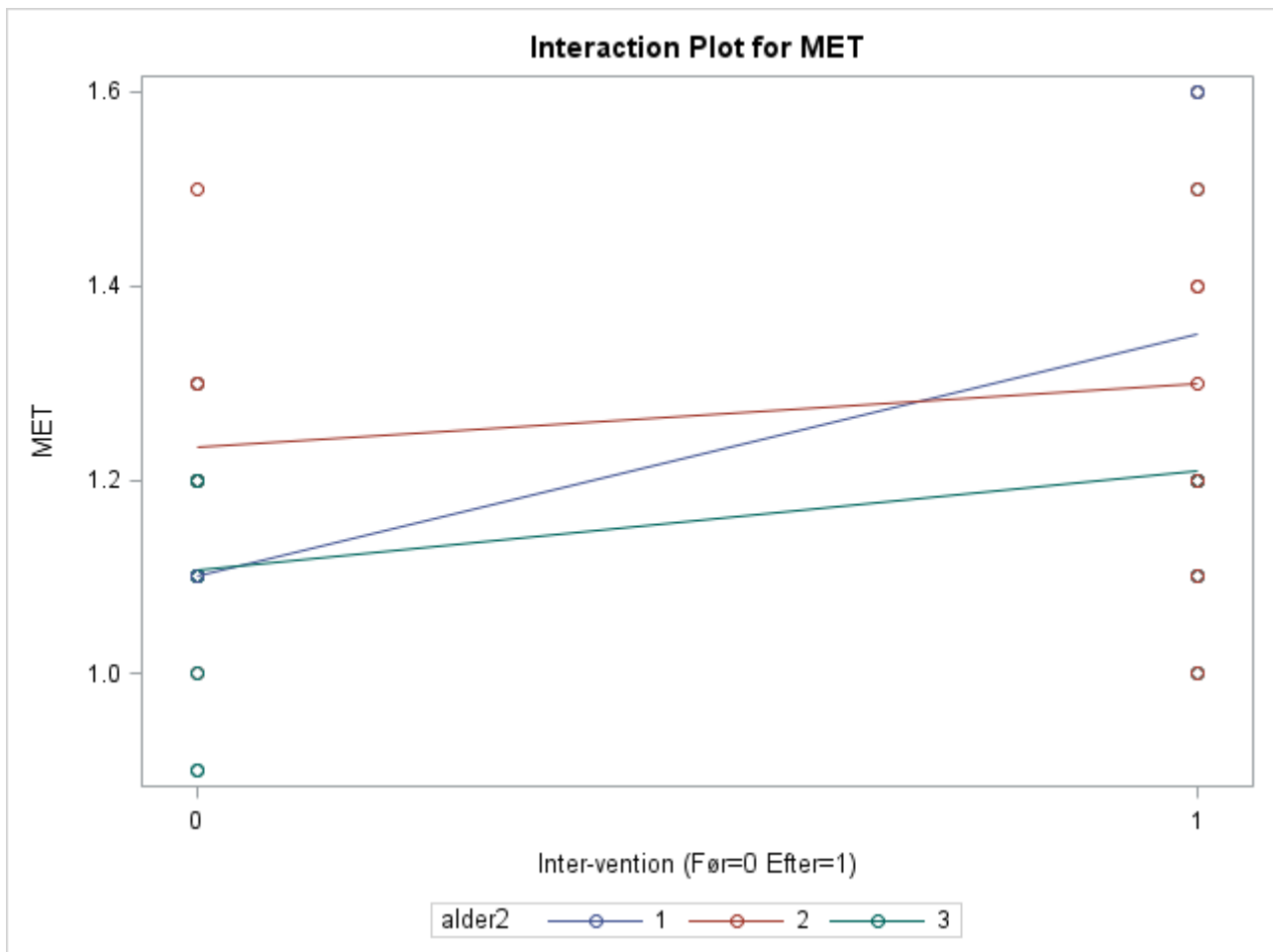
Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	5	0.27314286	0.05462857	1.79	0.1390
Error	36	1.09661905	0.03046164		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.199409 14.51559 0.174533 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.09029328	0.09029328	2.96	0.0937
alder2	2	0.10562518	0.05281259	1.73	0.1910
intervention*alder2	2	0.01904652	0.00952326	0.31	0.7335



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

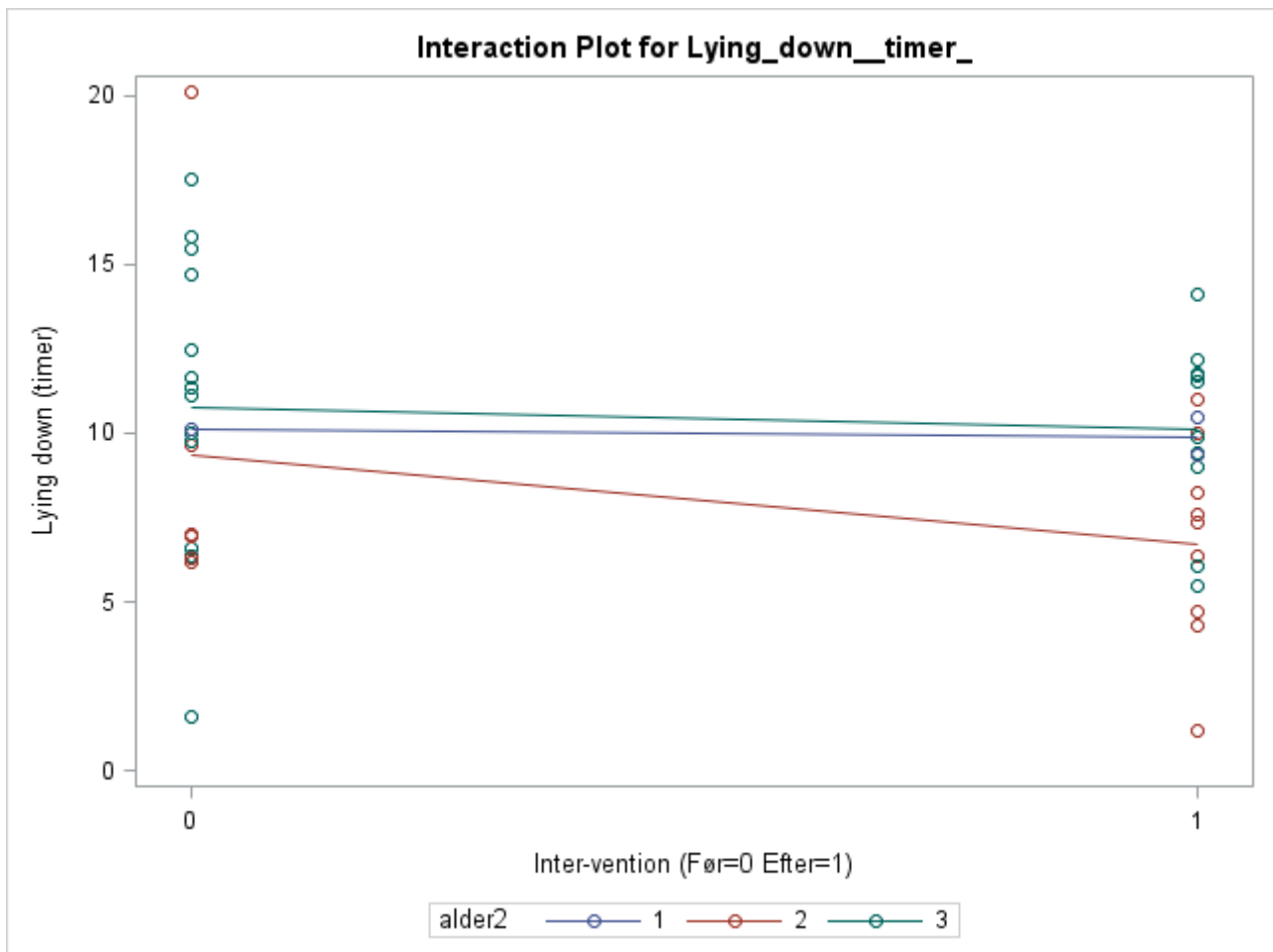
The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	5	95.6192888	19.1238578	1.27	0.2972
Error	36	541.2128276	15.0336897		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var Root MSE Lying_down__timer_ Mean
 0.150148 40.86863 3.877330 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	6.35711619	6.35711619	0.42	0.5196
alder2	2	51.23493612	25.61746806	1.70	0.1963
intervention*alder2	2	9.50709050	4.75354525	0.32	0.7309



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

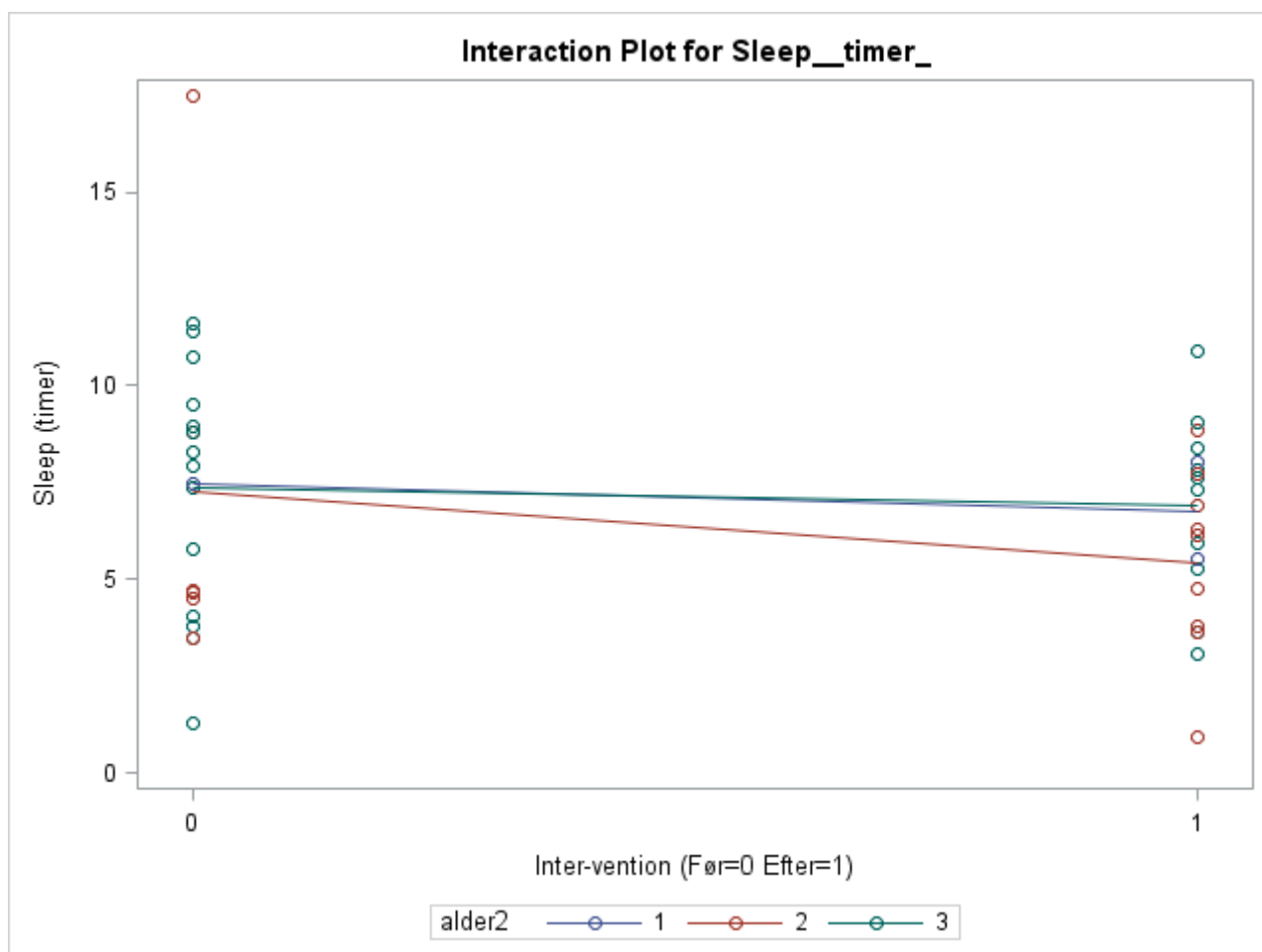
The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	5	22.7022729	4.5404546	0.43	0.8238
Error	36	379.0287919	10.5285776		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square Coeff Var Root MSE Sleep__timer_ Mean
 0.056511 47.69782 3.244777 6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	4.50878804	4.50878804	0.43	0.5170
alder2	2	5.38970646	2.69485323	0.26	0.7756
intervention*alder2	2	4.26910874	2.13455437	0.20	0.8174



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

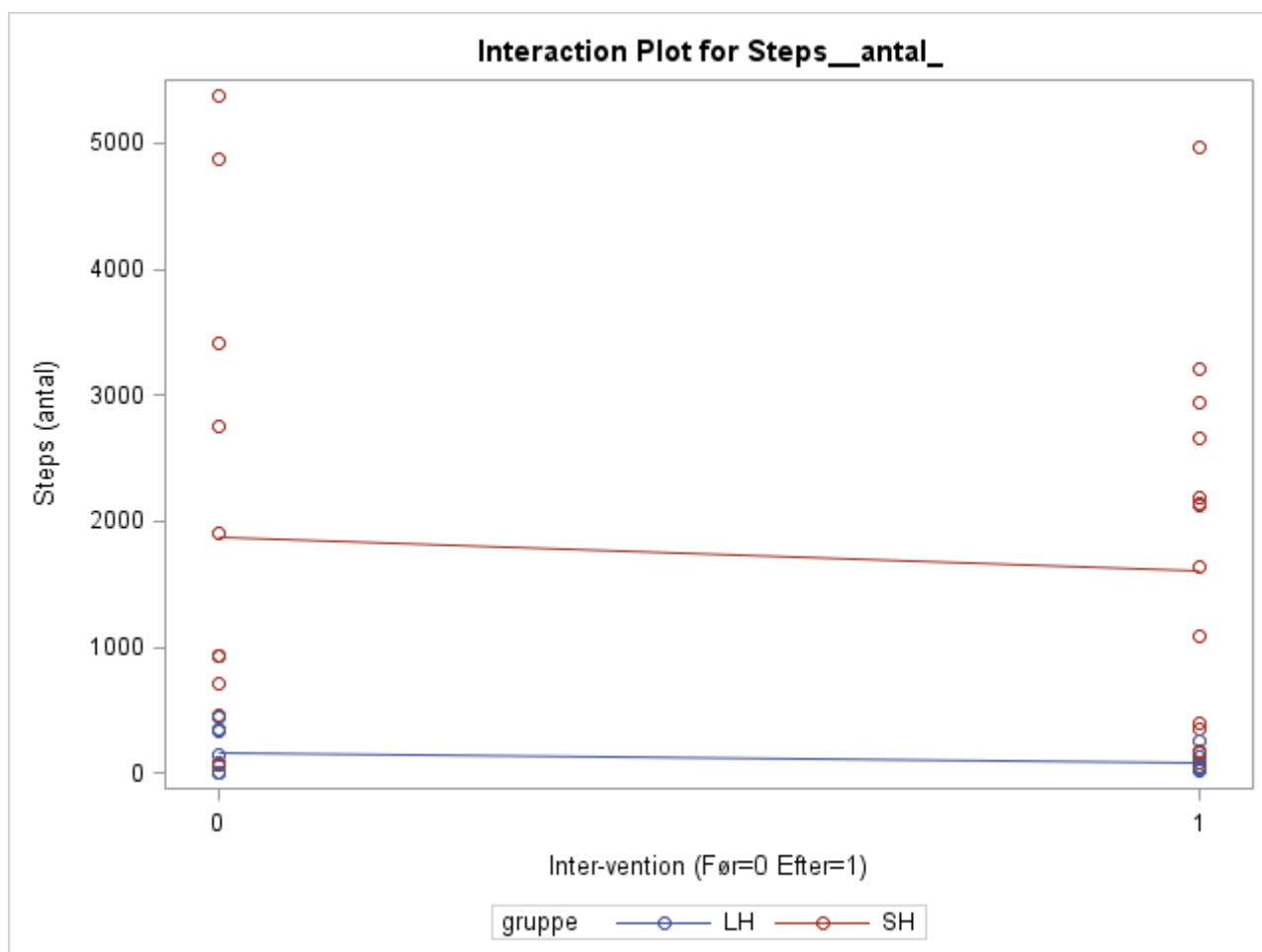
The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	24972101.49	8324033.83	4.70	0.0069
Error	38	67238567.49	1769435.99		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.270816 115.1713 1330.201 1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	251307.67	251307.67	0.14	0.7084
gruppe	1	24425693.58	24425693.58	13.80	0.0007
intervention*gruppe	1	75450.67	75450.67	0.04	0.8375



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

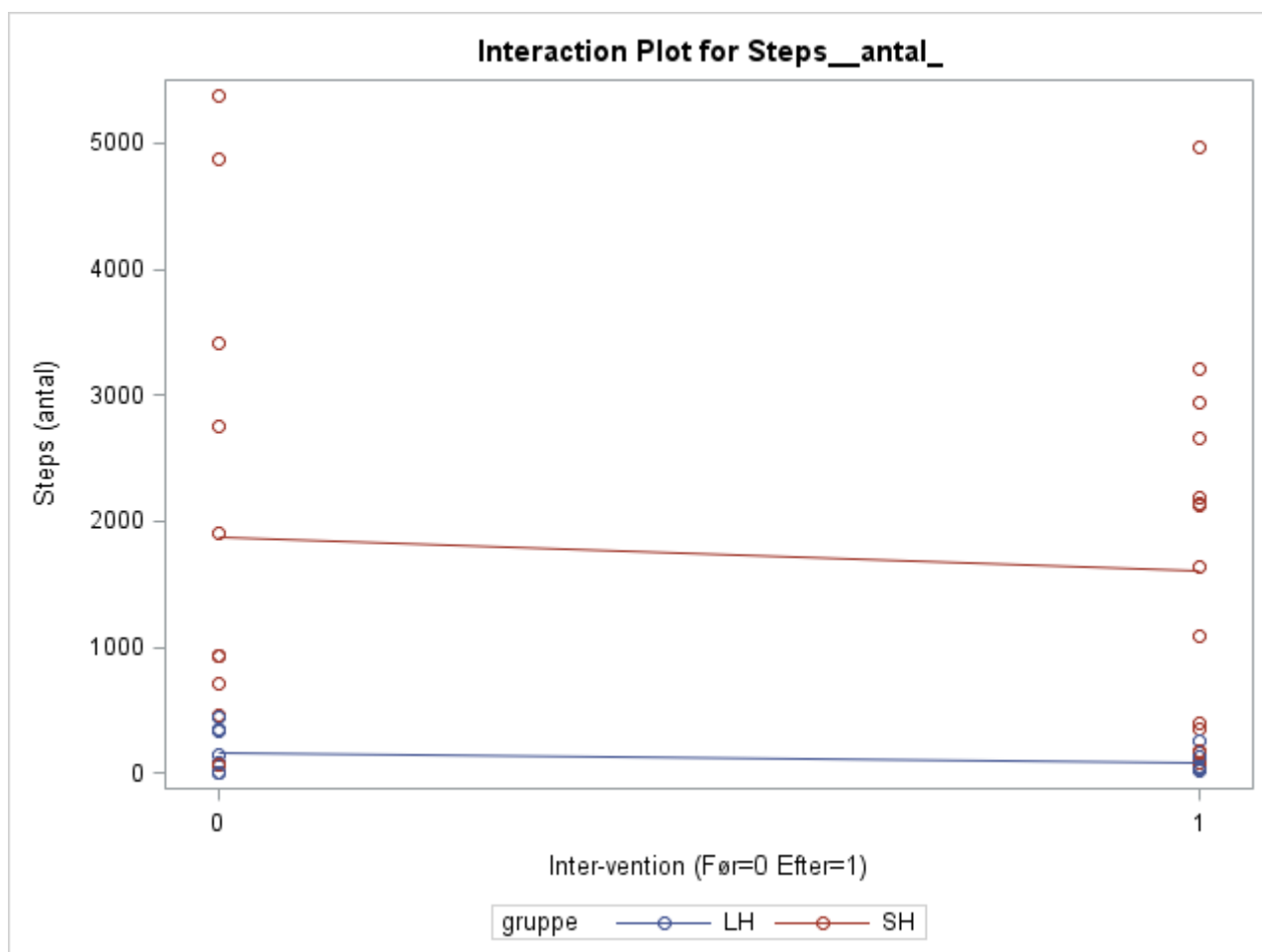
The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	24972101.49	8324033.83	4.70	0.0069
Error	38	67238567.49	1769435.99		
Corrected Total	41	92210668.98			

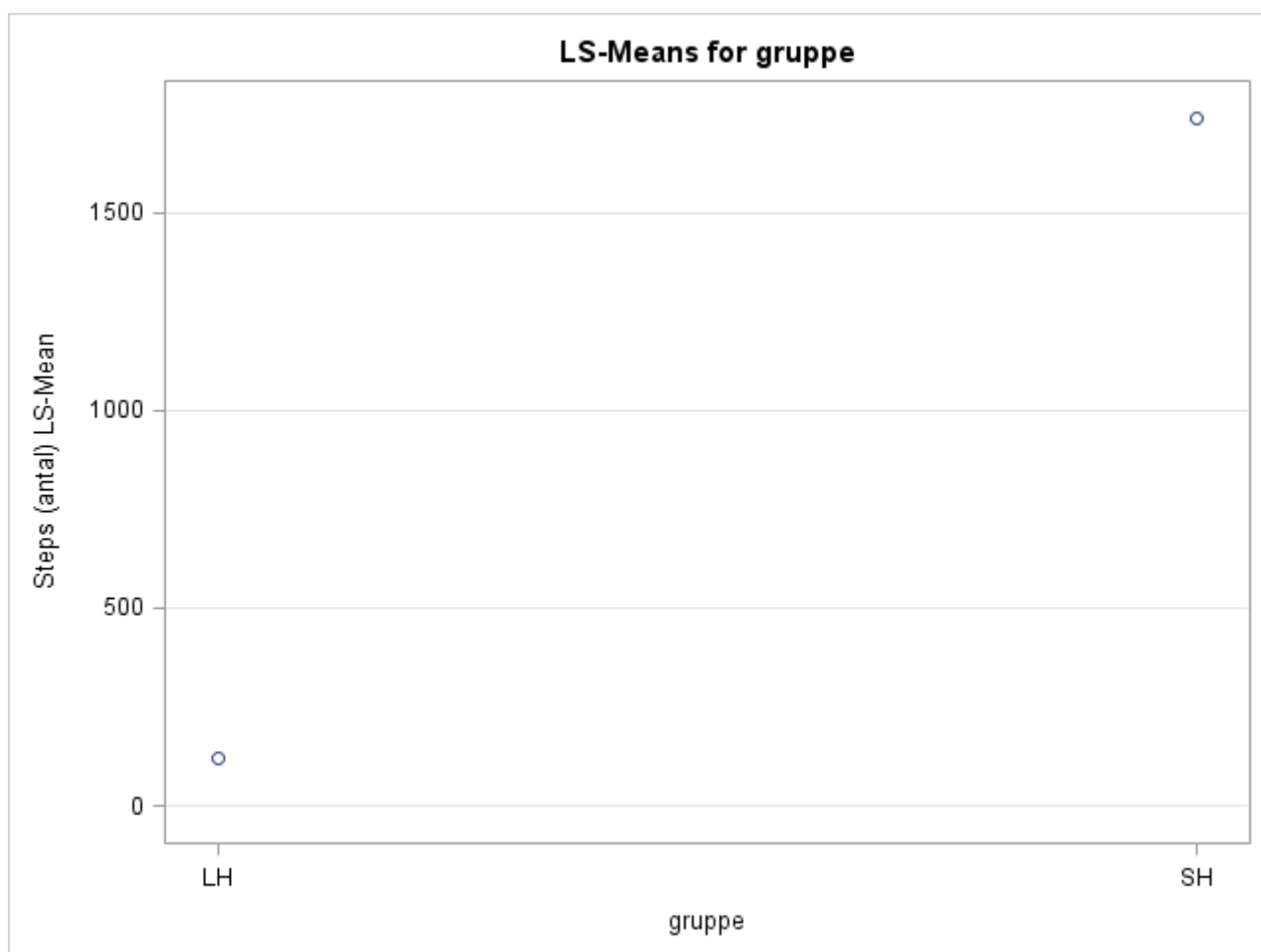
R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.270816 115.1713 1330.201 1154.976

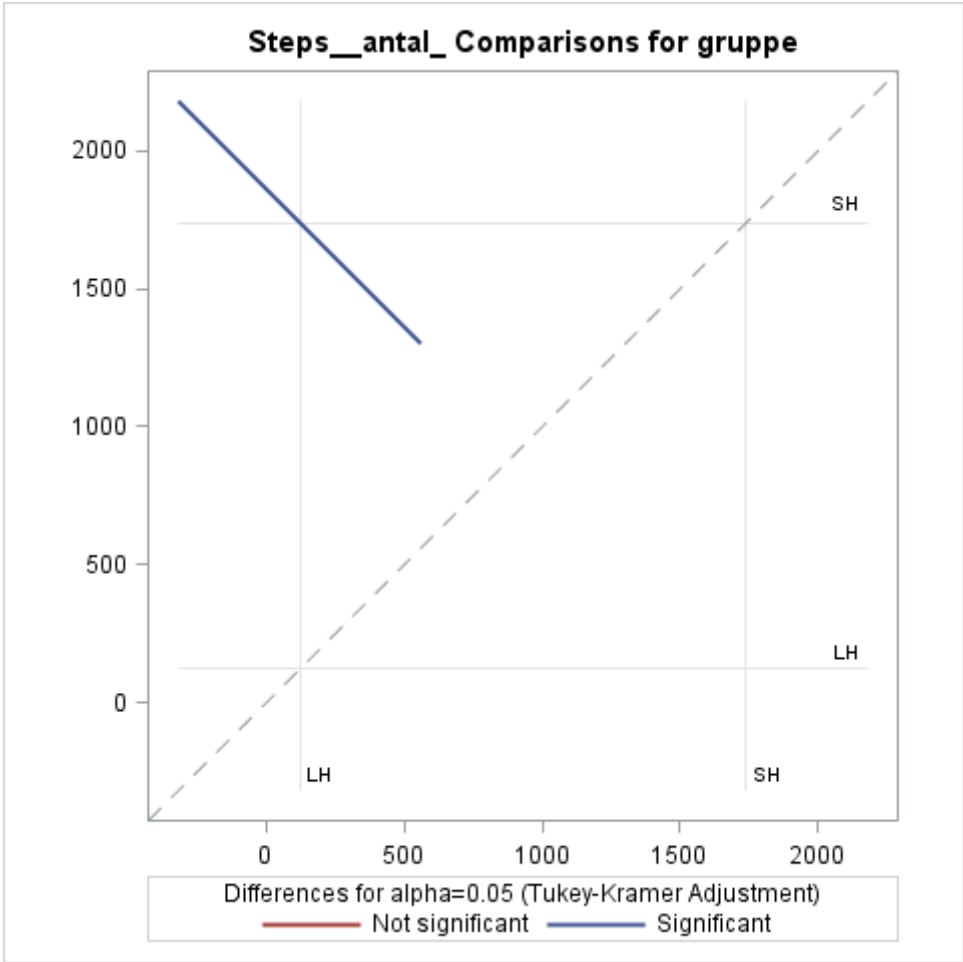
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	251307.67	251307.67	0.14	0.7084
gruppe	1	24425693.58	24425693.58	13.80	0.0007
intervention*gruppe	1	75450.67	75450.67	0.04	0.8375



The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
gruppe Steps__antal_ LSMEAN H0:LSMean1=LSMean2

		Pr > t
LH	122.38889	0.0007
SH	1738.61667	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The GLM Procedure

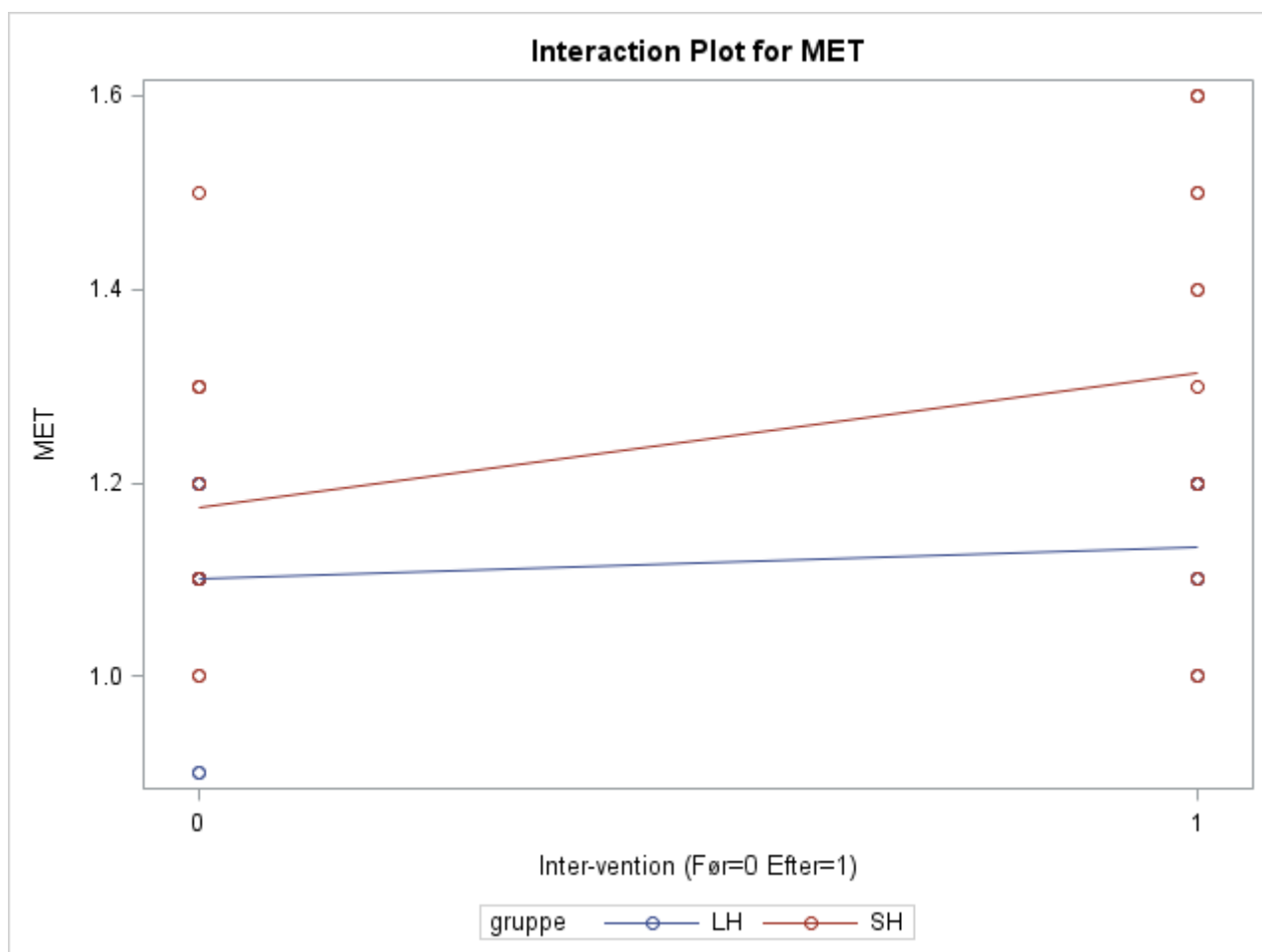
Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	0.31659524	0.10553175	3.81	0.0176
Error	38	1.05316667	0.02771491		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.231132 13.84569 0.166478 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.06888961	0.06888961	2.49	0.1232
gruppe	1	0.15200649	0.15200649	5.48	0.0245
intervention*gruppe	1	0.02577273	0.02577273	0.93	0.3410



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The GLM Procedure

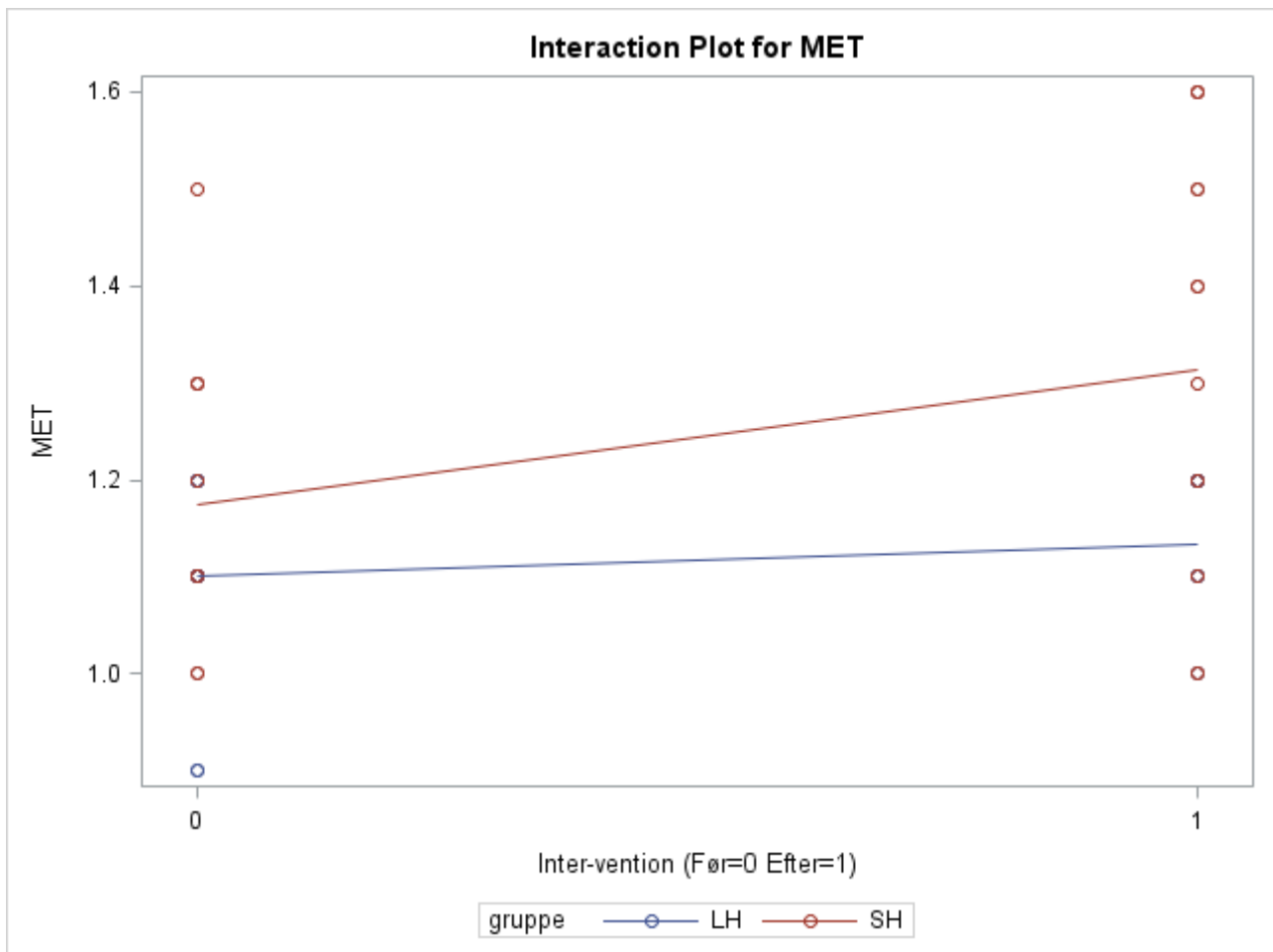
Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	0.31659524	0.10553175	3.81	0.0176
Error	38	1.05316667	0.02771491		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

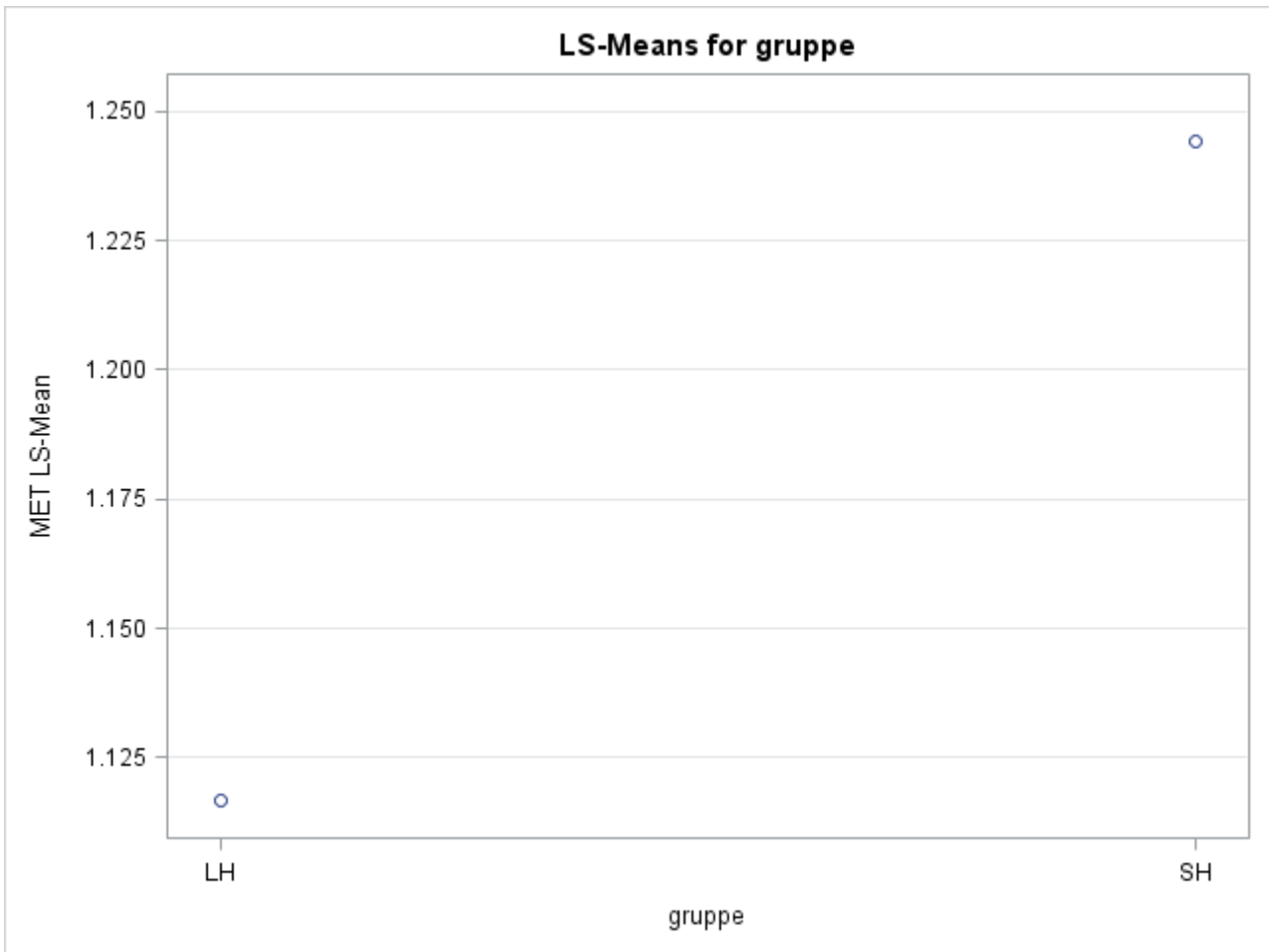
0.231132 13.84569 0.166478 1.202381

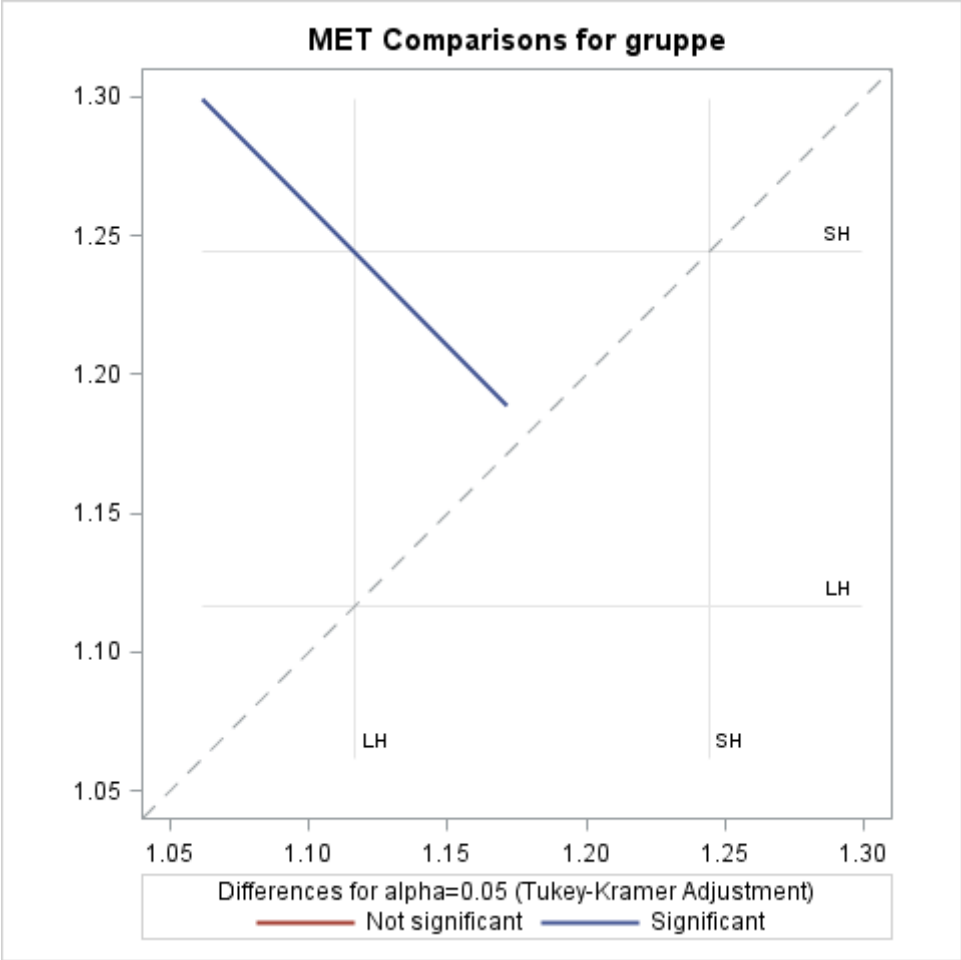
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.06888961	0.06888961	2.49	0.1232
gruppe	1	0.15200649	0.15200649	5.48	0.0245
intervention*gruppe	1	0.02577273	0.02577273	0.93	0.3410



The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
gruppe MET LSMEAN H0:LSMean1=LSMean2

		Pr > t
LH	1.1166667	0.0245
SH	1.2441667	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

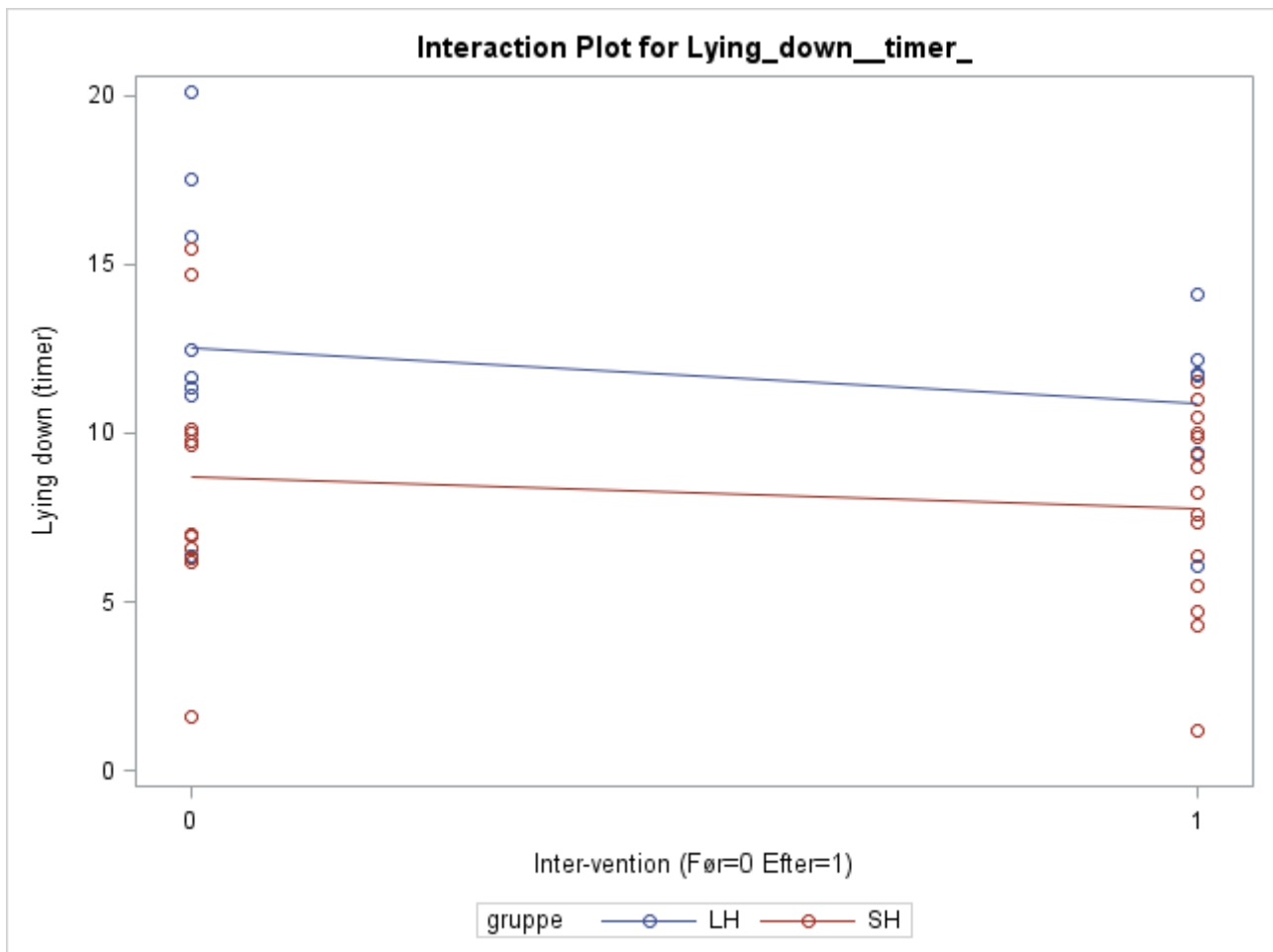
The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	146.7892815	48.9297605	3.79	0.0179
Error	38	490.0428349	12.8958641		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var Root MSE Lying_down__timer_ Mean
 0.230499 37.85145 3.591081 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	15.7902189	15.7902189	1.22	0.2754
gruppe	1	112.4310606	112.4310606	8.72	0.0054
intervention*gruppe	1	1.2102862	1.2102862	0.09	0.7610



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

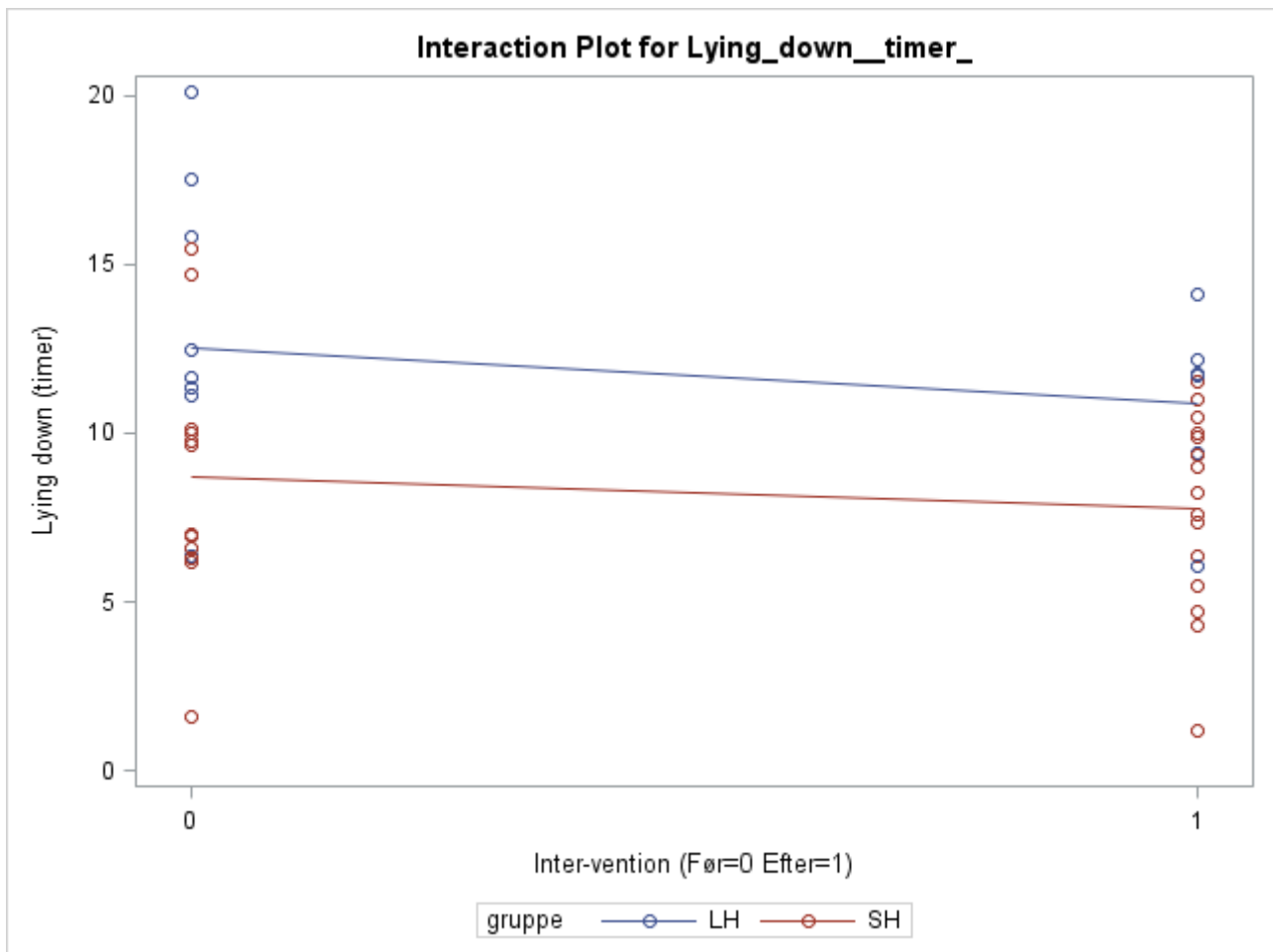
The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	146.7892815	48.9297605	3.79	0.0179
Error	38	490.0428349	12.8958641		
Corrected Total	41	636.8321164			

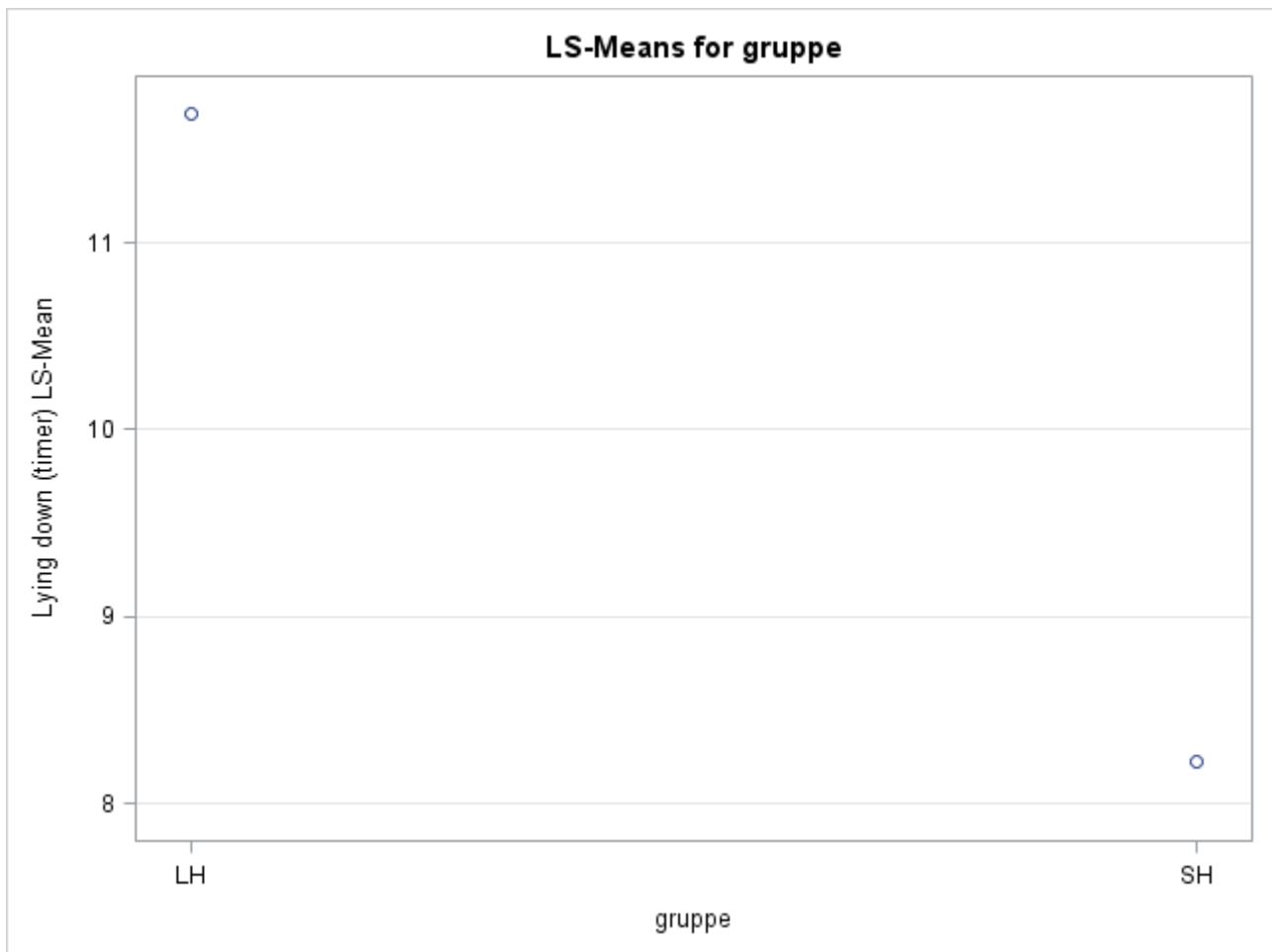
R-Square Coeff Var Root MSE Lying_down__timer_ Mean
 0.230499 37.85145 3.591081 9.487302

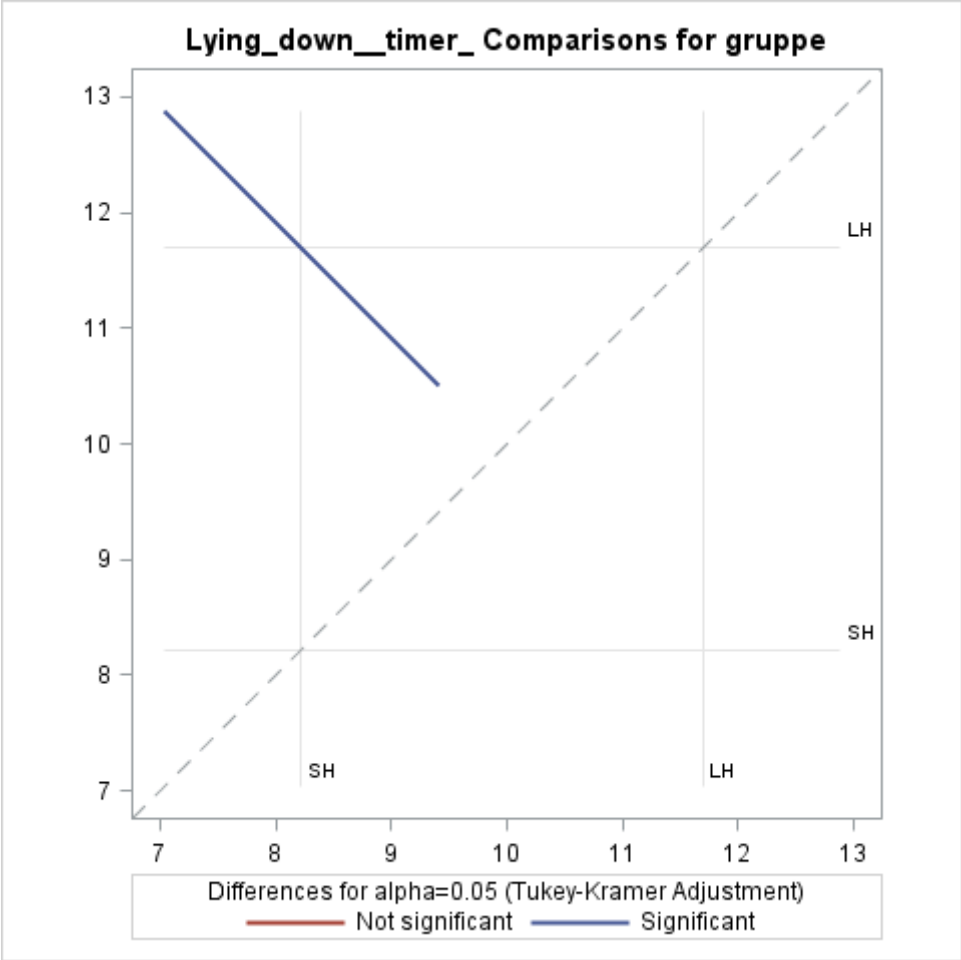
Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	15.7902189	15.7902189	1.22	0.2754
gruppe	1	112.4310606	112.4310606	8.72	0.0054
intervention*gruppe	1	1.2102862	1.2102862	0.09	0.7610



The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
gruppe Lying_down_timer_ H0:LSMean1=LSMean2

	LSMEAN	Pr > t
LH	11.6907407	0.0054
SH	8.2231944	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

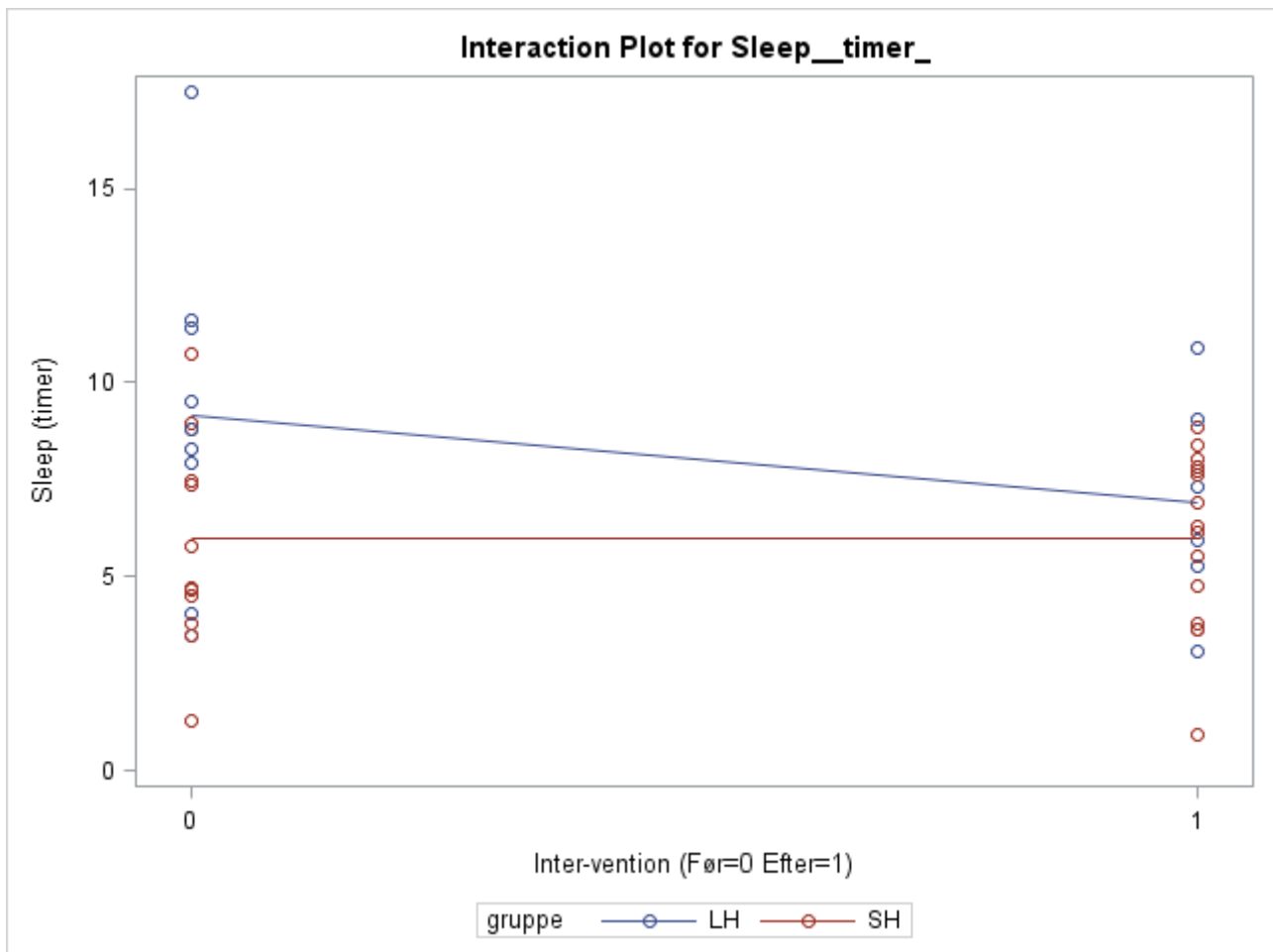
The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	68.8622577	22.9540859	2.62	0.0647
Error	38	332.8688071	8.7597054		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.171414	43.50693	2.959680	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	11.42981724	11.42981724	1.30	0.2605
gruppe	1	39.99315057	39.99315057	4.57	0.0391
intervention*gruppe	1	12.26587544	12.26587544	1.40	0.2440



The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

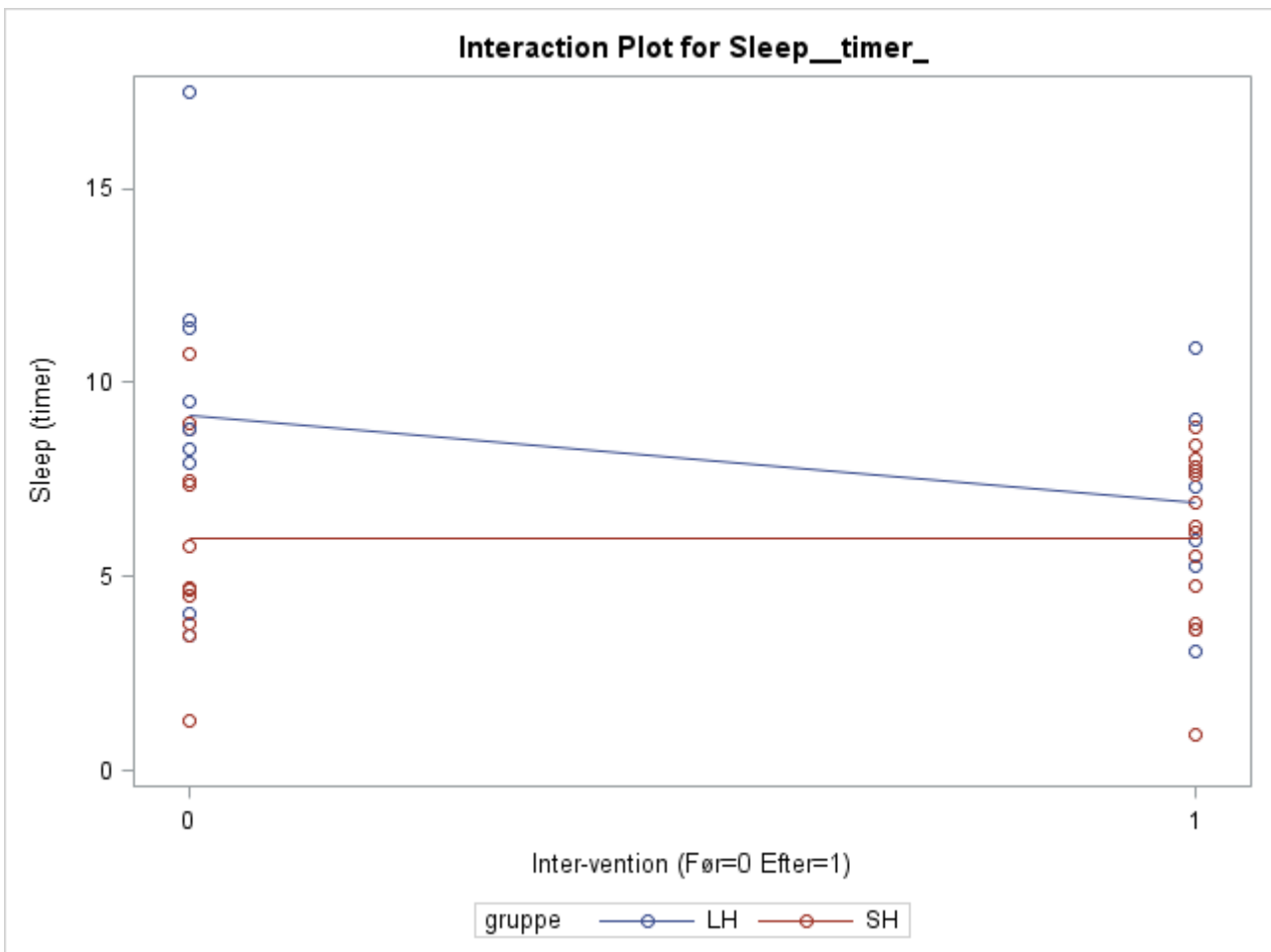
The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

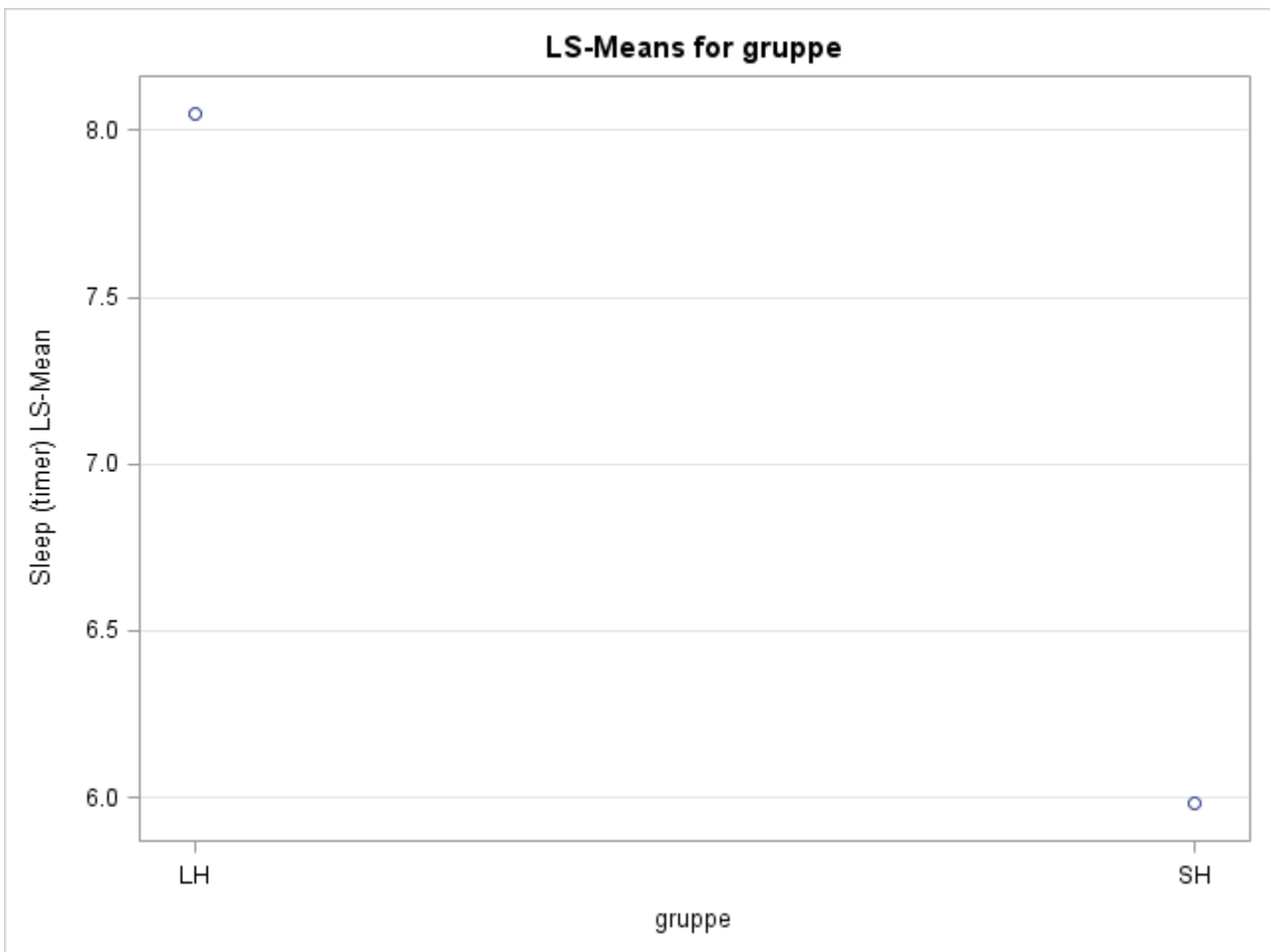
Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	3	68.8622577	22.9540859	2.62	0.0647
Error	38	332.8688071	8.7597054		
Corrected Total	41	401.7310648			

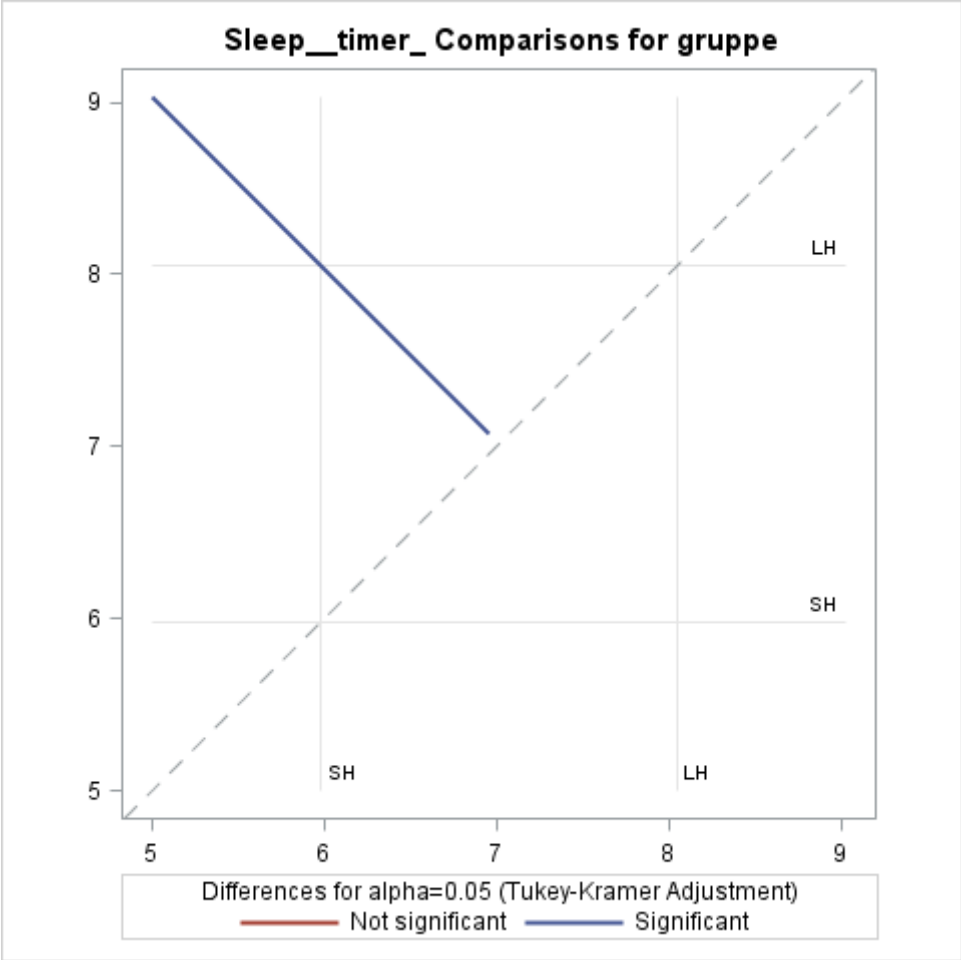
R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.171414	43.50693	2.959680	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	11.42981724	11.42981724	1.30	0.2605
gruppe	1	39.99315057	39.99315057	4.57	0.0391
intervention*gruppe	1	12.26587544	12.26587544	1.40	0.2440



The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
gruppe Sleep__timer_ LSMEAN H0:LSMean1=LSMean2
Pr > |t|
LH 8.05046296 0.0391
SH 5.98236111





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	10	51447911.12	5144791.11	3.91	0.0016
Error	31	40762757.86	1314927.67		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Steps__antal_ Mean
0.557939	99.28369	1146.703	1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	2121640.71	2121640.71	1.61	0.2135
kon	1	649617.63	649617.63	0.49	0.4874
alder2	2	44803272.74	22401636.37	17.04	<.0001
intervent*kon*alder2	6	3978477.05	663079.51	0.50	0.8003

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	10	0.65166667	0.06516667	2.81	0.0132
Error	31	0.71809524	0.02316436		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.475752 12.65809 0.152198 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.07875479	0.07875479	3.40	0.0748
kon	1	0.13509263	0.13509263	5.83	0.0218
alder2	2	0.19445670	0.09722835	4.20	0.0244
intervent*kon*alder2	6	0.37685744	0.06280957	2.71	0.0311

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	10	120.6813492	12.0681349	0.72	0.6954
Error	31	516.1507672	16.6500247		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Lying_down__timer_ Mean
0.189503	43.00953	4.080444	9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	5.19451428	5.19451428	0.31	0.5805
kon	1	3.83336048	3.83336048	0.23	0.6347
alder2	2	65.51332342	32.75666171	1.97	0.1569
intervent*kon*alder2	6	32.28078248	5.38013041	0.32	0.9198

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	10	58.3929365	5.8392937	0.53	0.8576
Error	31	343.3381283	11.0754235		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.145353	48.92084	3.327976	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	1.99011676	1.99011676	0.18	0.6746
kon	1	15.48526692	15.48526692	1.40	0.2460
alder2	2	12.65983975	6.32991988	0.57	0.5705
intervent*kon*alder2	6	27.85107346	4.64184558	0.42	0.8606

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	26738100.25	3819728.61	1.98	0.0865
Error	34	65472568.73	1925663.79		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Steps__antal_ Mean
0.289968	120.1482	1387.683	1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	62397.09	62397.09	0.03	0.8582
kon	1	643.04	643.04	0.00	0.9855
gruppe	1	24049909.54	24049909.54	12.49	0.0012
intervent*kon*gruppe	4	1838706.08	459676.52	0.24	0.9145

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	0.60168831	0.08595547	3.80	0.0037
Error	34	0.76807359	0.02259040		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.439265 12.50028 0.150301 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.13423009	0.13423009	5.94	0.0202
kon	1	0.01461391	0.01461391	0.65	0.4268
gruppe	1	0.24276771	0.24276771	10.75	0.0024
intervent*kon*gruppe	4	0.28277541	0.07069385	3.13	0.0270

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	0.60168831	0.08595547	3.80	0.0037
Error	34	0.76807359	0.02259040		
Corrected Total	41	1.36976190			

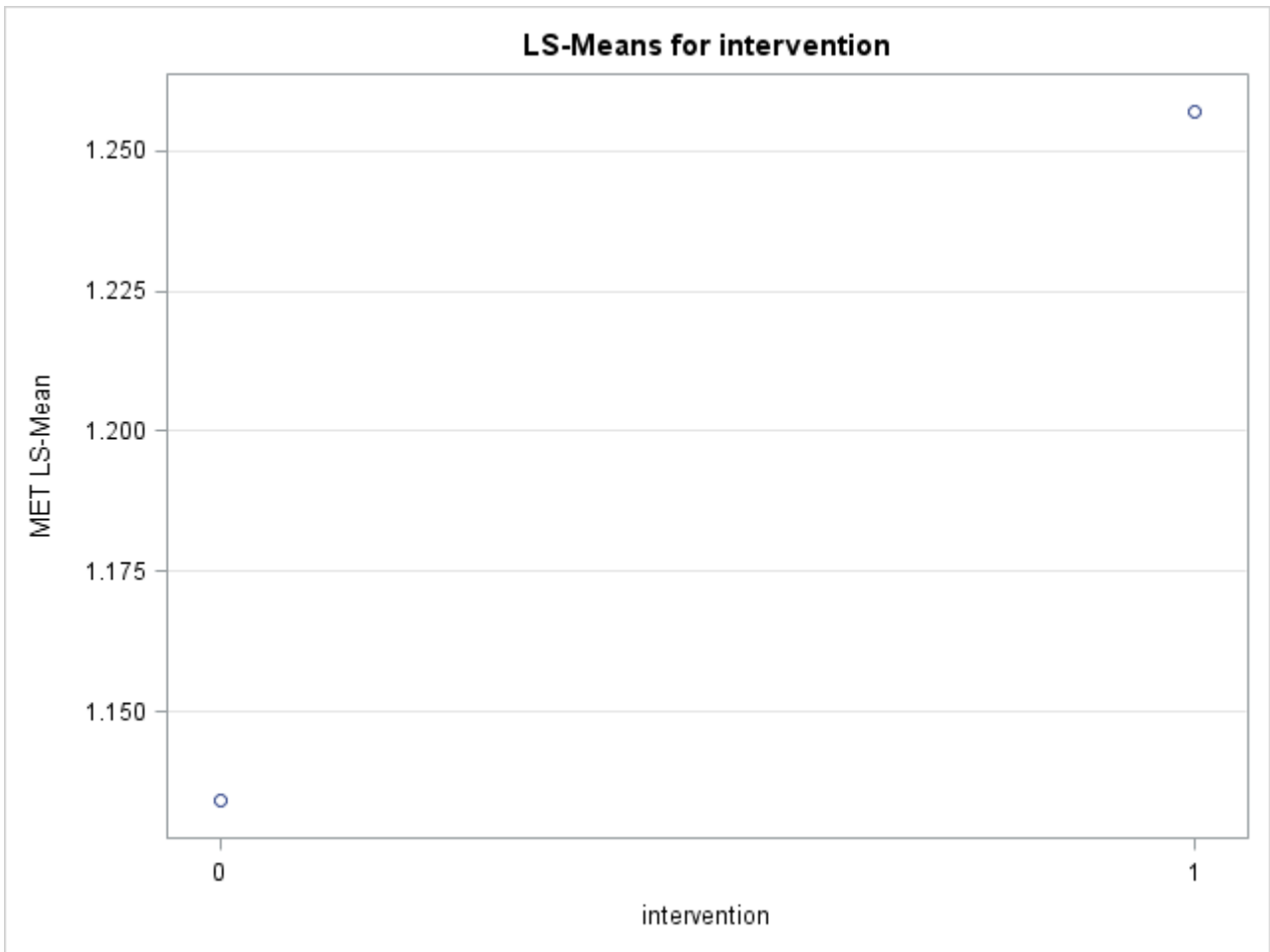
R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

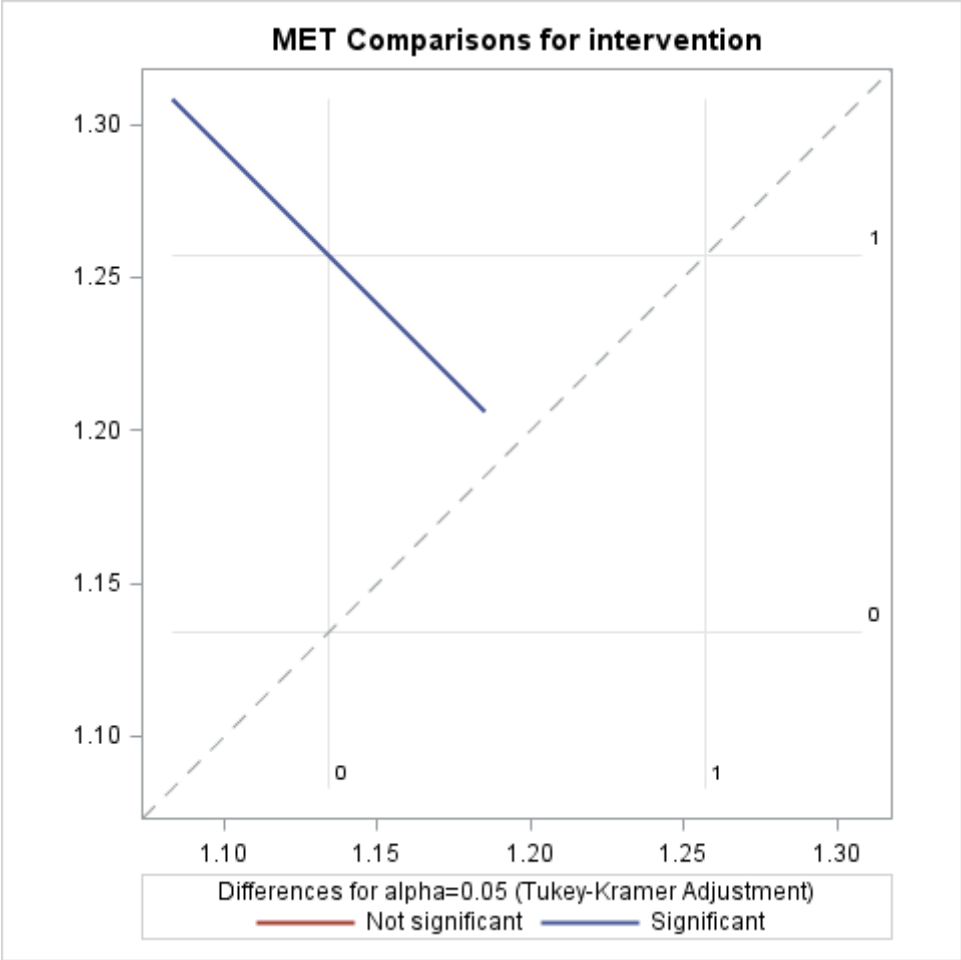
0.439265 12.50028 0.150301 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.13423009	0.13423009	5.94	0.0202
kon	1	0.01461391	0.01461391	0.65	0.4268
gruppe	1	0.24276771	0.24276771	10.75	0.0024
intervent*kon*gruppe	4	0.28277541	0.07069385	3.13	0.0270

The GLM Procedure
Least Squares Means
Adjustment for Multiple Comparisons: Tukey-Kramer
intervention MET LSMEAN H0:LSMean1=LSMean2

		Pr > t
0	1.13410714	0.0202
1	1.25700758	





The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	268.5886916	38.3698131	3.54	0.0058
Error	34	368.2434248	10.8306890		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var Root MSE Lying_down__timer_ Mean
 0.421757 34.68849 3.291001 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	16.5400808	16.5400808	1.53	0.2250
kon	1	9.2761143	9.2761143	0.86	0.3613
gruppe	1	93.7777720	93.7777720	8.66	0.0058
intervent*kon*gruppe	4	117.4905790	29.3726448	2.71	0.0461

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
gruppe	2 LH SH	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	7	148.1776600	21.1682371	2.84	0.0192
Error	34	253.5534048	7.4574531		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.368848	40.14292	2.730834	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	11.85753727	11.85753727	1.59	0.2159
kon	1	15.03472260	15.03472260	2.02	0.1647
gruppe	1	35.81401238	35.81401238	4.80	0.0354
intervent*kon*gruppe	4	74.37203862	18.59300965	2.49	0.0613

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	8	57071328.72	7133916.09	6.70	<.0001
Error	33	35139340.26	1064828.49		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Steps__antal_ Mean
0.618923	89.34429	1031.905	1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	1157407.31	1157407.31	1.09	0.3047
alder2	2	10604834.39	5302417.20	4.98	0.0129
gruppe	1	7150644.99	7150644.99	6.72	0.0141
interv*alder2*gruppe	4	7214198.25	1803549.56	1.69	0.1749

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	8	0.36984524	0.04623065	1.53	0.1862
Error	33	0.99991667	0.03030051		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.270007 14.47714 0.174070 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.10449175	0.10449175	3.45	0.0723
alder2	2	0.03370618	0.01685309	0.56	0.5787
gruppe	1	0.02383920	0.02383920	0.79	0.3815
interv*alder2*gruppe	4	0.05690542	0.01422635	0.47	0.7577

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	8	254.7535477	31.8441935	2.75	0.0191
Error	33	382.0785687	11.5781384		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var **Root MSE** Lying_down__timer_ **Mean**
 0.400033 35.86548 3.402666 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	16.4894082	16.4894082	1.42	0.2412
alder2	2	23.3497658	11.6748829	1.01	0.3758
gruppe	1	159.8180125	159.8180125	13.80	0.0007
interv*alder2*gruppe	4	92.6734332	23.1683583	2.00	0.1173

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	8	158.9948596	19.8743574	2.70	0.0209
Error	33	242.7362052	7.3556426		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square	Coeff Var	Root MSE	Sleep__timer_ Mean
0.395774	39.86796	2.712129	6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	11.8068890	11.8068890	1.61	0.2140
alder2	2	42.4422017	21.2211009	2.89	0.0700
gruppe	1	115.2831683	115.2831683	15.67	0.0004
interv*alder2*gruppe	4	96.7101068	24.1775267	3.29	0.0225

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Steps__antal_ Steps (antal)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	14	59492184.48	4249441.75	3.51	0.0025
Error	27	32718484.50	1211795.72		
Corrected Total	41	92210668.98			

R-Square Coeff Var Root MSE Steps__antal_ Mean
 0.645177 95.31070 1100.816 1154.976

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	117449.18	117449.18	0.10	0.7579
kon	1	444811.79	444811.79	0.37	0.5497
alder2	2	14246641.49	7123320.74	5.88	0.0076
gruppe	1	4601584.08	4601584.08	3.80	0.0618
intervention*kon	1	336523.51	336523.51	0.28	0.6025
intervention*alder2	2	1317922.42	658961.21	0.54	0.5868
intervention*gruppe	1	2126715.57	2126715.57	1.76	0.1964
intervent*kon*alder2	2	2185378.70	1092689.35	0.90	0.4177
intervent*kon*gruppe	1	33124.29	33124.29	0.03	0.8699
interv*alder2*gruppe	1	3885146.80	3885146.80	3.21	0.0846

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	
gruppe	2 LH SH	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: MET MET

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	14	0.72476190	0.05176871	2.17	0.0411
Error	27	0.64500000	0.02388889		
Corrected Total	41	1.36976190			

R-Square Coeff Var Root MSE MET Mean

0.529115 12.85452 0.154560 1.202381

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	0.05142132	0.05142132	2.15	0.1539
kon	1	0.07667374	0.07667374	3.21	0.0844
alder2	2	0.01480389	0.00740194	0.31	0.7361
gruppe	1	0.03699321	0.03699321	1.55	0.2240
intervention*kon	1	0.08807184	0.08807184	3.69	0.0655
intervention*alder2	2	0.08986124	0.04493062	1.88	0.1719
intervention*gruppe	1	0.02236928	0.02236928	0.94	0.3418
intervent*kon*alder2	2	0.03451852	0.01725926	0.72	0.4947
intervent*kon*gruppe	1	0.00291667	0.00291667	0.12	0.7295
interv*alder2*gruppe	1	0.00014493	0.00014493	0.01	0.9385

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2 0 1	
kon	2 0 1	
alder2	3 1 2 3	
gruppe	2 LH SH	

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Lying_down__timer_ Lying down (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	14	389.5162368	27.8225883	3.04	0.0064
Error	27	247.3158796	9.1598474		
Corrected Total	41	636.8321164			

R-Square Coeff Var **Root MSE** Lying_down__timer_ **Mean**
 0.611647 31.90079 3.026524 9.487302

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	14.5634804	14.5634804	1.59	0.2181
kon	1	19.1584505	19.1584505	2.09	0.1596
alder2	2	23.9178475	11.9589237	1.31	0.2876
gruppe	1	41.0241589	41.0241589	4.48	0.0437
intervention*kon	1	8.3458474	8.3458474	0.91	0.3483
intervention*alder2	2	2.7843718	1.3921859	0.15	0.8597
intervention*gruppe	1	3.6325531	3.6325531	0.40	0.5342
intervent*kon*alder2	2	47.0436132	23.5218066	2.57	0.0953
intervent*kon*gruppe	1	131.8828720	131.8828720	14.40	0.0008
interv*alder2*gruppe	1	10.0881200	10.0881200	1.10	0.3033

The GLM Procedure

Class Level Information

Class	Levels	Values
intervention	2	0 1
kon	2	0 1
alder2	3	1 2 3
gruppe	2	LH SH

Number of Observations Read 42

Number of Observations Used 42

The SAS System

The GLM Procedure

Dependent Variable: Sleep__timer_ Sleep (timer)

Source	DF	Sum of Squares	Mean Square	F Value	Pr > F
Model	14	230.0985880	16.4356134	2.59	0.0166
Error	27	171.6324769	6.3567584		
Corrected Total	41	401.7310648			

R-Square Coeff Var Root MSE Sleep__timer_ Mean
 0.572768 37.06223 2.521261 6.802778

Source	DF	Type III SS	Mean Square	F Value	Pr > F
intervention	1	15.06369160	15.06369160	2.37	0.1353
kon	1	21.04890761	21.04890761	3.31	0.0799
alder2	2	7.72216454	3.86108227	0.61	0.5520
gruppe	1	27.04644404	27.04644404	4.25	0.0489
intervention*kon	1	7.34543337	7.34543337	1.16	0.2919
intervention*alder2	2	5.19911515	2.59955757	0.41	0.6684
intervention*gruppe	1	20.32628177	20.32628177	3.20	0.0850
intervent*kon*alder2	2	26.95881996	13.47940998	2.12	0.1395
intervent*kon*gruppe	1	61.32291667	61.32291667	9.65	0.0044
interv*alder2*gruppe	1	15.43383253	15.43383253	2.43	0.1308

Bilag 5 – Interviewguide

Briefing

Introduktion: I interviewet er vi interesseret i at få en dybere viden og forståelse af din oplevelse af træningsfaciliteterne på sengeafdeling 9Ø. Deriblandt vil vi finde ud af om der eksisterer muligheder og barrierer for dig ifm. benyttelse af træningsfaciliteterne. Ligeledes skal du bidrage til hvordan man fortsat kan udvikle TEMP 3 ud fra et patientperspektiv.

Anonymitet: Ved deltagelse i interviewet vil du blive anonymiseret så det ikke er muligt at genkende dig. I den forbindelse, har vi udarbejdet et skriftlig informeret samtykke, som indeholder formål med projektet, håndtering af data og din underskrift til samtykke til at indgå i projektet.

Båndoptagelse: Interviewet vil blive optaget og derefter blive transskriberet.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende spørgsmål	1) Hvordan vurderer du selv dit fysiske helbred? 2) Hvad har du hørt om vigtigheden af at være fysisk aktiv under din indlæggelse?	2a) Hvad kunne det betyde for dig at blive informeret om det? 2b) Hvad har det betydet for dig at blive informeret om det?
Hvordan oplever patienterne interventionen TEMP 3, og mulighed for at benytte træningsaktiviteterne, samt fællestræningen?	1) Hvilke muligheder for at være fysisk aktiv har du kendskab til her på afdelingen? 2) Hvordan har du fået kendskab til disse muligheder? 3) Hvordan oplever du mulighederne for at være fysisk	

	<p>aktiv under din indlæggelse?</p> <p>4) Har du deltaget i fællestræning om fredagen?</p> <p>5) Føler du at du har mulighed for at benytte træningshjørnet nede i enden af afdelingen?</p> <p>6) Har du været nede og træne frivilligt under din indlæggelse?</p> <p>7) Er du blevet gjort opmærksom på skemaet omhandlende fysisk aktivitet i ugens dage?</p> <p>8) Taler du med de andre patienter om at bevæge sig under indlæggelsen?</p> <p>9) Er træningshjørnet en kilde til fælles inspiration/samtale?</p>	<p>4a) Hvad motiverede dig til at være med til træning?</p> <p>4b) Hvilke begrænsninger gjorde at du ikke har deltaget?</p> <p>6a) Hvordan blev du motiveret til at træne selv? Hvilket træningsredskab anvendte du? Trænede du alene eller sammen med nogle?</p> <p>6b) Hvilke begrænsninger har gjort at du ikke har trænet selv?</p> <p>7a) Hvis nej - Hvem udfylder det da?</p>
<p>Hvorledes kan patienternes perspektiv medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af</p>	<p>1) Synes du der er noget ved træningshjørnet/på stuen/ ved personalets rutiner/på afdelingen der kunne ændres så fysisk aktivitet bliver mere</p>	<p>1a) Hvis ja, hvad?</p>

TEMP 3 i 9Ø?	tilgængeligt? 2) Hvad motiverer dig generelt til at komme ud af sengen og være aktiv?	
--------------	--	--

Bilag 6 – Transkribering retningslinjer

Retningslinjer	Transskribering	Analyse
En <i>stemning</i> eller en <i>handling</i> i form af grin, gråd eller host	(SH)	(SH)
”Øh” vil uanset hvor længe den trækkes, kun have et h.	øh	øh
Forlængelse af ord fx ja, sættes der én ekstra vokal på	Jaa	Jaa
Pauser midt i en sætning og pauser mellem svar fra interviewer og informant angives.	(P)	(P)
Utydelig sætning	(.)	(.)
Usikker på hvilket ord der siges angives ... efterfulgt af en parentes med det formodet sagte.	...()	... ()
Informanter – anonymiseret med andre navne	?:	?
Interviewer	I:	I:
Anden interviewer	I-2:	I-2:
Ord der lægges særligt tryk på i en sætning	<i>Sættes i kursiv</i>	<i>Sættes i kursiv</i>
Sætninger hvor der bliver stillet et spørgsmål slutter med	?	?
Sætninger hvor stemmen hæves eller hvor der råbes	!	!
Når en anden person påbegynder, skiftes der linje. Efter hvert linjeskift skal der startes med stort.	F.eks. I: Hvordan går det med jer? IS: Det går godt. A: Jeg har det fint, tak.	-

Bilag 7 – Samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING for projektet ”Hvordan benyttes træningsaktiviteterne i TEMP 3 i 9Ø”

Formål med projektet

Formålet med projektet er at undersøge om og hvordan træningsaktiviteterne i TEMP 3 projektet på Gastroenterologisk Sengeafsnit 9Ø bruges og opleves af patienterne. Din deltagelse i projektet vil bidrage med viden om oplevelsen af træningsfaciliteterne og adgang til fysisk aktivitet. På baggrund af din viden kan projektgruppen komme med forslag eventuelle forandringer eller forbedringer af TEMP 3, og de muligheder der er for patienterne for at bevæge sig under indlæggelsen. Projektet udarbejdes af kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, og indgår i de studerendes speciale.

Håndtering af materiale

Dine informationer vil blive behandlet fortroligt og anonymt. For dig betyder det at dit navn **ikke** vil blive nævnt i projektet og at lydfilerne vil blive destrueret efter projektet er afsluttet.

Informantens fulde navn: _____

Erklæring fra informanten

Jeg giver samtykke til at det indsamlede data fra det individuelle interview må anvendes anonymt, i et kandidatspeciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, med formålet at evaluere og eventuelt give forslag til forandring af TEMP 3.

Jeg er informeret om, at det indsamlede data vil blive behandlet fortroligt og anonymt. Derudover er jeg informeret om, at deltagelsen er frivillig og det er muligt at forlade undersøgelsen når som helst.

Erklæring fra projektgruppen

Vi bekendtgør at informanten har fået fyldestgørende mundtlig og skriftlig information, samt oplysninger om projektets formål.

(Dato, informantunderskrift)

(Dato, projektansvarliges underskrift)

Bilag 8 – Søgeprotokol

Indledende søgning

Den indledende søgning er foretaget ud af fysisk inaktivitet under indlæggelse som problem. Der forsøgte at søge bredt efter relevant litteratur. Der blev i den indledende søgning kun søgt efter fagtermer, og hver databases fagtermer fremgår under databasens navn i tabellen.

Facetsøgning med anvendte søgeord

Tabellen nedenfor viser, hvilke søgeord der er brugt til de 3 facetter. Der er brugt OR mellem søgeordene og AND på tværs af facetterne.

	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Hits
	Inlagte patienter	Ældre	Fysisk aktivitet	
Cinahl (Headings)	Inpatients <i>OR</i> Patients	Aged <i>OR</i> Aged, 80 or older	Motor activity <i>OR</i> Physical activity <i>OR</i> Physical mobility <i>OR</i> Accelerometry	212
Cochrane (MeSH)	Patient	Aged <i>OR</i> Aged, 80 or older	Motor activity <i>OR</i> Accelerometry <i>OR</i> Mobility limitation	401
Embase (Emtree)	Hospitalization <i>OR</i> Hospital patient	Aged <i>OR</i> Frail elderly	Accelerometry <i>OR</i> Walking difficulty <i>OR</i> Patient mobility <i>OR</i> Physical mobility	201
Pubmed (MeSH)	Hospitalization <i>OR</i> Hospital patient	Aged <i>OR</i> Frail elderly	Accelerometry <i>OR</i> Walking difficulty <i>OR</i> Patient mobility <i>OR</i> Physical mobility	201
Bibliotek	Indlæggelse	Funktionsniveau		18
	Indlæggelse	Fysisk aktivitet		33
	Ældre	Hospital		195

Limits

Nedenstående tabel illustrerer hvilke afgrænsninger der er lavet for hver database

Cinahl	2010-2018 Engelsk sprog
Cochrane	2010-2018
Embase	2010-2018 Engelsk sprog, dansk sprog. Aged, very elderly
Pubmed	2010-2018
Bibliotek	-

Valgte databaser

I denne tabel argumenteres der for begrundelsen af de valgte databaser

Cinahl	Cinahl er en database, som indeholder artikler inden for områderne sygepleje samt anden sundhedsfaglig litteratur fra 1981 frem til i dag. På denne baggrund bliver Cinahl anvendt, da databasen er sygdomsorienteret (76), hvilket er relevant i relation til hvorledes patienter bliver fysisk aktiveret. Yderligere dækker databasen et omfattende antal tidsskrifter (58,77).
Cochrane	Cochrane inderholder artikler, og især metaanalyser, systematiske reviews og RCT-studier der er af højeste evidens. Cochrane er valgt i den indledende søgning fordi den kan bidrage til anvendelsen af studier af høj kvalitet, og den kan give en idé om, hvilke nuværende muligheder der er for at promovere fysisk aktivitet i hospitalsregi.
Embase	Embase er en database, som dækker store områder inden for medicin og sundhed. Derudover har Embase et fokus på europæiske studier og særlig inden for fysiske interventioner. Embase blev valgt, da den indeholder europæiske tidsskrifter (58), da formålet var at finde litteratur, der var overførbart til en dansk kontekst, som nærværende projekt tager udgangspunkt i.
Pubmed	Pubmed blev valgt, da denne database med sine mere end 24 millioner referencer til

	biomedicinsk litteratur én af de største medicinske databaser inden for sundhed og behandling, hvilket giver en bred referenceramme. Hvor Embase er europæisk orienteret, har Pubmed en amerikansk vægtning, derfor vurderes det relevant at anvende PubMed for at udvide vores referenceramme (58,77).
Bibliotek	Denne database indeholder dansk litteratur. Databasen er medtaget, for at kunne finde videnskabelig litteratur på dansk samt grå litteratur. I denne database er det dog ikke muligt at anvende boolske faktorer, hvorfor søgning i denne database kan være diffus.

Resultat af søgning

Nedenstående er projektets søgeprotokol for den indledende søgning, som giver et overblik over antal hits i hver database ift. hvilke facetter der er søgt på.

	Cinahl	Cochrane	Embase	Pubmed
Facet 1	67598	2461	384629	205516
Facet 2	401433	1115	2548039	2668647
Facet 3	31072	20998	17768	8095
Facet 1 AND 2	8453	14	82037	80433
Facet 1 AND 3	819	90	777	270
Facet 2 AND 3	8970	152	5603	3501
Facet 1 AND 2 AND 3 inkl. Limits	212	401	201	201

Inklusions- og eksklusionskriterier

Der er opstillet inklusions- og eksklusionskriterier for at gøre søgningen stringent efter den ønskede population der skal indgå i studierne samt problemerne tilknyttet fysisk inaktivitet under indlæggelse.

Inklusionskriterier

- Primært ældre patienter over 65 år, men alle patientgruppe er relevante
- Nuværende patienter eller nyligt udskrevne patienter
- Fysisk funktionalitet hos patienter. Gerne med hjælp
- Skrøbelige ældre
- Konsekvenser af inaktivitet
- Ressourceforbrug ifm. funktionsnedsættelse efter indlæggelse grundet inaktivitet
- Intervention til fremme af fysisk aktivitet under indlæggelse

Eklusionskriterier

- Andre sengeafsnit end medicinsk
- Socioøkonomisk status
- Sociale determinanter
- Kognitivt ustabile patienter

Dato og identifikation

Afsluttet søgning d. 13/3-2017

Aalborg Universitet, Folkesundhedsvidenskab 4. semester.

Gr10310

Christian Brandtoft

Martin Vang Rasmussen

Anden søgning

Den anden søgning er foretaget ud fra forskningsspørgsmål 3 som lyder: Hvorledes kan patienternes perspektiv, samt bidrag fra litteratur omkring lignende interventioner, medvirke til fortsat udvikling og evt. forandring af TEMP 3 i 9Ø. I denne søgning er der både søgt i fagtermer og fritekstord med trunkeringer.

Facetsøgning med anvendte søgeord

Tabellen nedenfor viser, hvilke søgeord der er brugt til de 3 facetter. Der er brugt OR mellem søgeordene og AND på tværs af facetterne. I biblioteks-databasen kan der ikke anvendes fagtermer, hvorfor der kun er anvendt fritekstord, og der er ligeledes uafhængige af facetterne.

”X” = fritekstord

*=Trunkering

	Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4	Hits
	Indlagte patienter	Fysisk aktivitet	Intervention	Kvalitative studier	
Cinahl (Headings)	Inpatients <i>OR</i> Patients	Physical activity <i>OR</i> Motor activity	Experimental studies	Qualitative studies	278

		<i>OR</i> Physical mobility			
Cochrane (MeSH)	Patients <i>OR</i> Hospitalization <i>OR</i> Inpatients	Motor activity <i>OR</i> “Physical activ*”	Preventive health services <i>OR</i> “Intervention*”	Qualitative research <i>OR</i> “Qualitative*”	41
Embase (Emtree)	Hospitalization <i>OR</i> Patient	Physical activity <i>OR</i> Motor activity <i>OR</i> Physical mobility	Intervention study <i>OR</i> Preventive health service <i>OR</i> “Intervention*”	Qualitative analysis <i>OR</i> Qualitative research	111
Pubmed (MeSH)	Inpatient <i>OR</i> “Patient”	Physical activity <i>OR</i> Motor activity	“Intervention”	Qualitative research <i>OR</i> “Qualitative*”	124
Sociological Abstracts (Thesaurus)	Patients <i>OR</i> Hospitalization	Physical fitness	Intervention	Qualitative methods	322
PsycInfo (Thesaurus)	Hospitalized Patients <i>OR</i> Patients <i>OR</i> “Patient*”	Physical activity <i>OR</i> Exercise <i>OR</i> Physical fitness <i>OR</i> “Physical activ*”	Intervention <i>OR</i> “Intervention*”	Qualitative research <i>OR</i> “Qualitative*”	472

Limits

Nedenstående tabel illustrerer hvilke afgrænsninger der er lavet for hver database

Cinahl	Full text Aldersgruppe - All adult Engelsk sprog Geografi – Europa Publication date = år 2000 og frem
Cochrane	-
Embase	Aldersgruppe – Adult, aged, middle aged, very elderly
Pubmed	Aldersgruppe - +19 år Publication date = år 2000 og frem
Sociological Abstracts	Peer reviewed Dansk, engelsk sprog Publication date = år 2000 og frem
PsycInfo	Aldersgruppe - +18 år Publication date = år 2000 og frem

Valgte databaser

I denne tabel argumenteres der for begrundelsen af at tilføje Sociological Abstracts og PsycInfo til søgningen.

Sociological abstracts	Sociological abstracts indeholder international litteratur inden for sociologi, samt relateret litteratur indenfor sociale og adfærdsmæssige videnskaber. Databasen indeholder resumeer af tidsskriftsartikler, citationer fra bøger, samt tusindvis af publikationer, og giver abstracts af bøger, bogkapitler, afhandlinger og conferenceindlæg (77). Databasen er relevant for nærværende projekt, da den indeholder litteratur omhandlende adfærdsmønstre, hvilket kan kobles til undersøgelsen af patienters motivation for fysisk aktivitet.
PsycInfo	<i>PsycInfo</i> PsycInfo er en database, som er central indenfor området psykologi. Dette er relevant for projektet, da det omhandler adfærdsmønstre og eventuelt adfærdsændringer hos patienter. Derudover er PsycInfo valgt, fordi der ønskes at afdække kvalitative studier og patientperspektivet i relation til livsstilsændringer blandt patienter (77).

Resultat af søgning

	Cinahl	Cochrane	Embase	Pubmed	Sociological abstracts	PsycInfo
Facet 1	67598	16759	2164093	5856916	6131	695503
Facet 2	30196	45100	722951	238015	1994	119545
Facet 3	15658	189794	1195634	472459	15874	351040
Facet 4	62442	10670	88354	218265	5340	248047
Facet 1 AND 2	803	745	89567	40150	24	34005
Facet 1 AND 2 AND 3	20	488	16679	5607	3	6739
Facet 1 AND 3 AND 4	12	150	2236	6113	5	7021
Facet 1 AND 3	687	6375	248181	250588	338	87385
Facet 1 AND 4	3180	210	9563	69609	58	36222
Facet 2 AND 3	343	21950	76752	17314	155	22483
Facet 2 AND 4	971	1638	6447	2988	10	7903
Facet 2 AND 3 AND 4	4	1638	1612	526	1	2100
Facet 3 AND 4	264	5653	14208	13276	147	31249
Facet 1 AND 2 AND 3 AND 4 inkl. limits	278	41	111	124	322	472

Inklusions- og eksklusionskriterier

Der er opstillet inklusions- og eksklusionskriterier for at sikre stringent og relevant udvælgelse af artikler til besvarelse af forskningsspørgsmål 3. Inklusionskriterierne er udvidet efter at have fundet, at skrøbelighed ikke kun er relateret til ældre, og samtidig må patienterne gerne have andre lidelser end medicinske, da patienterne på 90 er comorbide.

Inklusionskriterier

- Fra år 2000 og frem
- Engelsk sprog
- Hovedsageligt kvalitativ metode
- Voksne over 18 år
- Skal omhandle intervention
- Fysisk aktivitet
- Indlagte patienter
- Alle sygdomme undtagen mentale

Eksklusionskriterier

- Børn og unge
- Mentale sygdomme
- Patienter der er i samfundet
- Primary care
- Social ulighed

Kvalitetsvurdering af udvalgte artikler

Artiklerne vurderes efter følgende prioritering:

- 1. Relevans
- 2. Gyldighed

Relevansen af artiklerne blev vurderet ift. hvad de kunne bidrage med til besvarelse af forskningsspørgsmål 3. Derefter blev gyldigheden vurderet, det vil sige om studiet levede op til de kvalitetskrav der blev fastsat af projektmedlemmerne og den supplerende tjekliste. Alle tjeklister er fundet på: www.equator-network.org.

Antal artikler der er vurderet ved tjeklister og kvalitet: 8

Dato og identifikation

Afsluttet søgning d. 8/5-2017
Aalborg Universitet, Folkesundhedsvidenskab, 4. semester.
Gr10310
Christian Brandtoft
Martin Vang Rasmussen

Bilag 9 - Litteraturskema

Titel og forfatter	Formål	Design og metode	Studiepopulation	Relevante resultater	Styrke/svagheder	Relevante afsnit
Comparison of Posthospitalization Function and Community Mobility in Hospital Mobility Program and Usual Care Patients A Randomized Clinical Trial Brown et al. 2016	At undersøge effekten af et mobilitetsprogram på hospitalet på funktionsevne efter udskrivelse	Single-blinded RCT Interventionsgruppe og kontrolgruppe. Interventionsgruppe modtager mobilitetsprogram. Kontrolgruppe modtager standard behandling. Telefonisk follow-up efter 1 måned.	100 indlagte patienter 65 år eller ældre. 97% af studiepopulation er mænd.	Det eneste signifikante resultat er Life-Space Assesment (LSA) 1 måned efter udskrivelse. Her viser resultaterne, at interventionsgruppen bevæger sig mere ud i samfundet end kontrolgruppen.	En svaghed kan være selvvurderede svar. En svaghed er, at studiepopulation stort set kun er mænd. En styrke er, at det er et RCT-studie og der er ikke noget selektionsbias. Interventionen kan igangsættes af frivillige. Den er nem at start op og billig.	Resultatafsnittet viser, at selvom du har været indlagt i kort tid kan fysisk aktivitet under indlæggelse bidrage til nedsat mobilitet efter en måned efter udskrivelse. <u>Langsigtede konsekvenser af intervention</u> Kan bruges i afsnit om interventioner
In-hospital Mobility Variations across Primary Diagnoses among Older Adults Valiani et al. 2016	At undersøge sammenhæng mellem primær diagnose og mobilitetsforringelse samt forbedring hos indlagte ældre.	Prospektivt kohorte-studie Patientdata blev indsamlet gennem 'Integrated Data Repository' fra 1/1-09 – 20/4-2014. Patienterne blev målt ved baseline og fulgt gennem indlæggelse ift. mobilitetsforringelse og forbedring. Bradens aktivitets "subscale" blev brugt til at måle outcomes som var: incident og udskrivelsesmobilitet forringelse og forbedring.	Studiepopulation var 18624 ældre voksne på 65 år eller ældre. Der var 29.341 hospitalsindlæggelser i perioden. Den samlede analyse tog udgangspunkt i 18.551 patienter og 29.148 indlæggelser.	20,6% af de patienter der kunne gå regelmæssigt inden indlæggelse fik forringet mobilitet og var bundet til enten seng eller stol. Sygdomme der krævede operation havde størst sammenhæng med forringet mobilitet under indlæggelse. Diagnoser uden operationer var mere forbundet med forringet mobilitet ved udskrivelse. Yderligere resultater viser specifikke sygdomme...	Styrken er en stor population der er repræsentativ. Datasytterne generaliserer for meget. Den inddeler nogle diagnoser i større grupper. Anvendelsen af Bradens aktivitetskala kan være en svaghed sammenlignet med andre aktivitetsbestemmende apparater.	Kan bruges i afsnit om generelle konsekvenser af indlæggelseforhold. Bliver man opereret eller ikke.

Bilag 10 – Udfyldte tjeklister

Section/topic	#	Checklist Kuijpers et al.	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	1
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	1
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	1
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	1
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	1
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	0
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	1
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	1
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	1
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	0
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	1

Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	1
----------------------	----	---	---

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	0
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	0
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	1
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	1
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	0
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	1
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	1
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	0
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	0
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	1
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	1
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	1
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	1

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Section/topic	#	Checklist Levack et al.	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	8
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	11
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	13
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	11-12
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	13
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	13
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	13

Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	13
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	13
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	14
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	14
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	15

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	14
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	14-15
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	54-161
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	35-39
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	21-22
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	35-39
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	24-34
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	21-22
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	X
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	40

Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	41-42
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	43
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	200

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Page 2 of 2

Mah et al. 2013

TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
			<input checked="" type="checkbox"/>	Pg #
Title and Abstract				
Title and Abstract	1	• Information on how unit were allocated to interventions	X	489
		• Structured abstract recommended	X	489
		• Information on target population or study sample	X	488
Introduction				
Background	2	• Scientific background and explanation of rationale • Theories used in designing behavioral interventions	X	488-89
Methods				
Participants	3	• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)	X	489
		• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented	X	489
		• Recruitment setting	X	489
		• Settings and locations where the data were collected	X	489
Interventions	4	• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:	X	489-90
		○ Content: what was given?	X	489
		○ Delivery method: how was the content given?	X	490
		○ Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?	X	489
		○ Deliverer: who delivered the intervention?	X	490
		○ Setting: where was the intervention delivered?	X	490
		○ Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?	X	490
		○ Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?		
○ Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)				
Objectives	5	• Specific objectives and hypotheses		
Outcomes	6	• Clearly defined primary and secondary outcome measures	X	489
		• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements	X	490
		• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties		
Sample Size	7	• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules	X	490
Assignment Method	8	• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)		
		• Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)	X	490
		• Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)		

Mah et al. 2013

TREND Statement Checklist

Blinding (masking)	9	<ul style="list-style-type: none"> Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed. 		
Unit of Analysis	10	<ul style="list-style-type: none"> Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community) If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis) 		
Statistical Methods	11	<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data 	X	490
		<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis 	X	490
		<ul style="list-style-type: none"> Methods for imputing missing data, if used 		
		<ul style="list-style-type: none"> Statistical software or programs used 		
Results				
Participant flow	12	<ul style="list-style-type: none"> Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended) 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons 		
Recruitment	13	<ul style="list-style-type: none"> Dates defining the periods of recruitment and follow-up 		
Baseline Data	14	<ul style="list-style-type: none"> Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition 		
		<ul style="list-style-type: none"> Comparison between study population at baseline and target population of interest 	X	491
Baseline equivalence	15	<ul style="list-style-type: none"> Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences 	X	491

Mah et al. 2013

TREND Statement Checklist

Numbers analyzed	16	<ul style="list-style-type: none"> Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Indication of whether the analysis strategy was "intention to treat" or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses 		
Outcomes and estimation	17	<ul style="list-style-type: none"> For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision 	X	491
		<ul style="list-style-type: none"> Inclusion of null and negative findings 		
		<ul style="list-style-type: none"> Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any 		
Ancillary analyses	18	<ul style="list-style-type: none"> Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory 		
Adverse events	19	<ul style="list-style-type: none"> Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals) 	X	491
DISCUSSION				
Interpretation	20	<ul style="list-style-type: none"> Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study 	X	492
		<ul style="list-style-type: none"> Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations 	X	492
		<ul style="list-style-type: none"> Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation 	X	492
		<ul style="list-style-type: none"> Discussion of research, programmatic, or policy implications 		
Generalizability	21	<ul style="list-style-type: none"> Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues 		
Overall Evidence	22	<ul style="list-style-type: none"> General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory 	X	492

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>

Fager & Burfield 2013

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes

No

Consider:

- what the goal of the research was
- why it is important
- its relevance

1

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes

No

Consider:

- if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants

1

Is it worth continuing?

Detailed questions

Appropriate research design

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which methods to use?)

Ja. Patientens oplevelser med ~~teknologi~~ teknologi og derfor passer et kvalitativt design.

1

Sampling

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has explained how the participants were selected
- if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Ja det er godt beskrevet hvordan patienterne er valgt. Der blev også forklaret hvorfor de specifikke patienter er valgt. Ingen diskussion omkring fravalgt

1

Fager & Burnfield 2013

.....
Data collection

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?

Write comments here

Consider:

- if the setting for data collection was justified ✓
- if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc) ✓
- if the researcher has justified the methods chosen ✗
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, did they use a topic guide?) ✓
- if methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why? ✗
- if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc) ✓
- if the researcher has discussed saturation of data ✗

0,5

.....
Reflexivity (research partnership relations/recognition of researcher bias)

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Write comments here

Consider whether it is clear:

- if the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during:
 - formulation of research questions ✗
 - data collection, including sample recruitment and choice of location ✗
- how the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design ✓

Nogle patienter kunne ikke svare her blev familiemedlemmer interviewet.

0

.....
Ethical Issues

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Write comments here

Consider:

- if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained ✗
- if the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study) ✗
- if approval has been sought from the ethics committee ✗

Der er intet etisk med i studiet

0

Fager & Burnfield 2013

.....
Data Analysis

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Write comments here

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process ✓✓
- if thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data? ✓
- whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process ✓
- if sufficient data are presented to support the findings ✓
- to what extent contradictory data are taken into account ✗
- whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation ✗

Egen rolle og muliggjorte data blev ikke undersøgt

1

.....
Findings

9. Is there a clear statement of findings?

Write comments here

Consider:

- if the findings are explicit ✓
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments ✓
- if the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst.) ✗
- if the findings are discussed in relation to the original research questions ✓

Det punkt der mangler er meget vigtigt.

0,5

.....
Value of the research

10. How valuable is the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?) ✓
- if they identify new areas where research is necessary ✓
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used ✗

0,5

Sweene et al. 2014

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes

No

Consider:

- what the goal of the research was
- why it is important
- its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes

No

Consider:

- if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants

Is it worth continuing?

Detailed questions

Appropriate research design

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which methods to use?)

Ja, I studiet skrives det at den daglige stuegang var en stor mulighed for at snakke med lægen. Derfor giver det god mening at ville indsamle data på afdelingen over 2 uger. Det giver også god mening med semi-strukturerede interviews.

Sampling

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has explained how the participants were selected
- if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Ja. Forskerne tog fat i en sygeplejeste på afdelingen for at få hende til at gøre patienterne opmærksomme på projektet. Kun personer over 18 blev valgt. Patienter der ikke kunne sprog blev valgt fra.

Swerne et al. 2014

.....
Data collection

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, did they use a topic guide?)
- if methods were modified during the study, if so, has the researcher explained how and why?
- if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- if the researcher has discussed saturation of data

Write comments here

Ja. Ved at spørge om erfaringer åbner det op for patienters perspektiv. Ligeledes stiller forskerne åbne spørgsmål hvilket giver patienter mulighed for refleksion over svar og andet. Interviewguiden skulle bruges til, at forskerne var sikre på at kunne runde om alle relevante emner.

.....
Reflexivity (research partnership relations/recognition of researcher bias)

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Consider whether it is clear:

- if the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during:
 - formulation of research questions
 - data collection, including sample recruitment and choice of location
- how the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Write comments here

Nej.

.....
Ethical Issues

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Consider:

- if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- if the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- if approval has been sought from the ethics committee

Write comments here

Ja. Både omkring informeret samtykke, og ID-nøglen til informationer var gemt væk fra de transkriberede interview

Swenne et al. 2014

.....
Data Analysis

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Write comments here

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings
- to what extent contradictory data are taken into account
- whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Analyseprocessen er skrevet dybdegående og de forskellige trin i analysen er også godt forklaret.

Temaer og kodning er fremlagt, og analysen hænger godt sammen med de fund der er gjort i studiet. Modsigende data er der ikke gjort rede for. Bias og forskerens egen rolle er der heller ikke gjort rede for i analysen.

.....
Findings

9. Is there a clear statement of findings?

Write comments here

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- if the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst.)
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Resultaterne er godt fremstillet med et overordnet tema, 3 underliggende temaer og tilhørende kategoriseringer. Der er masser af diskutere og det bliver også gjort. Forskerne har også diskuteret validitet af resultaterne og det er knyttet til formålet i starten.

.....
Value of the research

10. How valuable is the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if they identify new areas where research is necessary
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Resultaterne begrænser sig til afdelinger hvor stuegangen er sammenlignelig med den i studiet. Studiet kan dog vise hvor vigtigt det er at man anvender tiden til stuegang optimalt. De kommer frem til at stuegangen skal organiseres anderledes for at fungere optimalt.

Sullivan et al 2001

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

	Item No	Recommendation	
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	✓
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	✓
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	✓
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	✓
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	✓
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	✓
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	✓
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	✓
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	0%
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	0%
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	✓
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed (e) Describe any sensitivity analyses	✓
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram	0%
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	0%
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time	✓
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	✓

Sullivan et al. 2001

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	✓
Discussion			✓
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	✓
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	✓
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	✓
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	✓
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	✓

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

Jahn et al. 2012

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Is it worth continuing?



Jahn et al. 2012

Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Jahn et al. 2012

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Jahn et al. 2012

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Jahn et al. 2012

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

1

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

9/10

Killey & Watt 2006

TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
			✓	Pg #
Title and Abstract				
Title and Abstract	1	• Information on how unit were allocated to interventions	✓	
		• Structured abstract recommended	✓	
		• Information on target population or study sample	✓	
Introduction				
Background	2	• Scientific background and explanation of rationale	✓	
		• Theories used in designing behavioral interventions	✓	
Methods				
Participants	3	• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)	✓	
		• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented	✓	
		• Recruitment setting	✓	
		• Settings and locations where the data were collected	✓	
Interventions	4	• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:	✓	
		○ Content: what was given?	✓	
		○ Delivery method: how was the content given?	✓	
		○ Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?	✓	
		○ Deliverer: who delivered the intervention?	✓	
		○ Setting: where was the intervention delivered?	✓	
		○ Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?	✓	
		○ Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?	✓	
○ Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)	✓			
Objectives	5	• Specific objectives and hypotheses	✓	
Outcomes	6	• Clearly defined primary and secondary outcome measures	✓	
		• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements	✓	
		• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties	✓	
Sample Size	7	• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules	✓	
Assignment Method	8	• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)	✓	
		• Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)	✓	
		• Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)	✓	

Killy & Watt 2006

TREND Statement Checklist

Blinding (masking)	9	<ul style="list-style-type: none"> Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed. 	✓			
Unit of Analysis	10	<ul style="list-style-type: none"> Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community) 	✓			
		<ul style="list-style-type: none"> If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis) 	✓			
Statistical Methods	11	<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data 	✓			
		<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis 	✓			
		<ul style="list-style-type: none"> Methods for imputing missing data, if used 	✓			
		<ul style="list-style-type: none"> Statistical software or programs used 	✓			
Results						
Participant flow	12	<ul style="list-style-type: none"> Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended) <ul style="list-style-type: none"> Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons 	✓			
		Recruitment	13	<ul style="list-style-type: none"> Dates defining the periods of recruitment and follow-up 	✓	
		Baseline Data	14	<ul style="list-style-type: none"> Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition 	✓	
				<ul style="list-style-type: none"> Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research 	✓	
				<ul style="list-style-type: none"> Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition 	✓	
		<ul style="list-style-type: none"> Comparison between study population at baseline and target population of interest 	✓			
		Baseline equivalence	15	<ul style="list-style-type: none"> Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences 	✓	

Killey & Watt 2006

TREND Statement Checklist

Numbers analyzed	16	<ul style="list-style-type: none"> Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible Indication of whether the analysis strategy was "intention to treat" or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses 	✓	
Outcomes and estimation	17	<ul style="list-style-type: none"> For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision Inclusion of null and negative findings Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any 	✓	
Ancillary analyses	18	<ul style="list-style-type: none"> Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory 	✓	
Adverse events	19	<ul style="list-style-type: none"> Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals) 	✓	
DISCUSSION				
Interpretation	20	<ul style="list-style-type: none"> Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation Discussion of research, programmatic, or policy implications 	✓	
Generalizability	21	<ul style="list-style-type: none"> Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues 	✓	
Overall Evidence	22	<ul style="list-style-type: none"> General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory 	✓	

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>

Bilag 11 - Kategoriseringer

Muligheder	
<u>Dorte</u>	Og det er først nu her jeg er begyndt at have energi til at kunne gå rundt og snakke med andre mennesker og sådan
	...men det er tit så spørger de efter, når jeg har lagt i senge, efter om jeg ikke vil gå med ud og kigge hvad der er af mad, og sådan de prøver at få mig lidt op og gå selv om at jeg har været meget bundet til sengen.
	Altså det det det, de kommer altså lidt med en opbakning i stedet for bare at sige "hey tror du ikke lige du skal ud og gå en tur" men så gør de lige som sådan, at man lige kan gå en tur derned (til madvognen) sammen og så bliver det sådan lidt, jeg ved ikke, hyggeligere?, sådan at komme i gang igen.
	altså jeg kender jo den cykel der, og det at gå rundet og snakke med folk. Men ellers så er der ikke rigtig så meget.
	Jamen det er jo bare at de har haft sagt at der er den cykel til rådighed også har de snakket om at vinduerne har sådan en flot udsigt her omkring, at man jo kunne gå rundt på de forskellige afdelinger og kigge.
	Altså jeg tror faktisk min indre motivation er nok for mig lige nu, fordi jeg vil rigtig gerne have det godt igen.
	Altså nu er der jo ikke så mange af de ældre der bruger det, så det er lidt begrænset hvor optaget det er, så ja, jeg ser det som en fri mulighed til at gå derned når det egentlig passer mig.
	jahh, vi har jo om aftenen får jeg sådan noget næring, via årerne, og der går jeg rundet med det der stativ der, så går vi at griner over vi skal have det med, men ikke ret meget ud over det. Altså når man går med sådan et stativ, kan man lige så godt gøre lidt sjov med det, i stedet for at se det hele som en byrde.
	Fordi jeg synes de er meget gode til at opfordre en til at gå en tur eller, bare det der med at vi selv siger arhhh, jeg skal nok lige gå ned med de glas der, i stedet for de gør det hele for os.

	jamen det er jo nok mest at jeg gerne vil have det godt igen og min krop den skal trænes op til jeg kan alt det jeg kunne før.
<u>Sisse</u>	Men jeg prøver virkelig alt hvad jeg kan, også at gå op og ned af gangene og gå lidt ud og bevæge mig lidt omkring udenfor.
	Og så møder man altid nogle andre man kan snakke med. Og så går man jo lidt rundt igen altså. Så det synes jeg da er rart nok.
	Jeg har det sådan, at når først man er opereret, så er det bare ud af sengen, fordi jo hurtigere du kommer ud af sengen, jo hurtigere kommer du hjem.
	at hvis du nu kommer hurtigere ud af sengen og du begynder at spise, jo hurtigere kan du komme hjem. Og det har jeg så prioriteret lige siden. Så har jeg det sådan, jamen hver gang jeg bliver opereret så er det bare ud af sengen uanset hvor stor operationen har været. Så er det bare ud på gulvet.
	Altså både det med at du har viljestyrken til selv at komme ud af sengen. Fordi det er jo DÉR at mange skranter. Det er det med viljen. Og det er jo det jeg også har stået ved. Jo før du kommer ud af sengen, jo før skal du nok komme hjem. Og den bruger jeg virkelig helt vildt meget den der.
	Det er jo ikke det der er formålet, for det er vigtigt man går meget op og ned af gangene, og der hænger jo også billeder på væggen man kan gå og kigge på, og så er der udsigten ja.
	(....)Jeg synes ellers det er en god ting altså(...)
	Så havde jeg da også deltaget for jeg synes det var sjovt.
	Ja. Men jeg har det sådan, at du bliver simpelthen nødt til at gøre noget selv.
	Altså jeg har gået rigtig meget. Det gør jeg fordi, når vi har spist så går jeg gerne en 3-4 gange op og ned af gangen. Så går jeg ned i forhallen, så står jeg ude ved et hjørne et sted og kigger på noget naturen og nyder det gode vejr og sådan lidt. Det gør jeg meget.

	<p>Ja og snakker om fredagsgymnastikken og det var meget sjovt og det kunne man være med til næste gang der var gymnastik. Det er rigtig dejligt. De er jo også positive overfor det der var, og der var også en mand der var lidt i tvivl om han kunne gøre det. Indtil han fandt ud af hvad det var. Så hyggede han sig, det kunne man se. Altså han skulle virkelig bare op på tæer, så det var jo sjovt altså.</p>
<p>Anne</p>	<p>Jo, men jeg er nødt til at træne, jeg bliver nødt til at holde kroppen i gang når man har problemer med balancen.</p> <p>Jo jeg har fået sådan et skema for resten, det har i måske også set?</p> <p>Jeg synes nu stadig de er søde til at hjælpe, altså hvis man gerne vil gå og man så lige pludselig ikke kan mere, så er de søde til at tage fat og hjælpe en. Det gør jo også at man måske tør våge sig ud lidt mere end man egentlig magter, ikke også.</p> <p>Nu er mit problem tarm problemer ikke også, så jeg har jo ingen problemer ved selv og min egen hygiejne og gå til madvognen og træne mit øvelsesprogram, men det har jeg jo ikke noget af, så vælger jeg jo og gå, jeg har endda været nede og kigge ved den cykel.</p> <p>Der så jeg da, hvordan der var en 4-5, godt nok mænd, der holdtrænede, jeg synes det var fint, at det var på deres niveau de laver det.</p> <p>Den bruger vi jo meget i familien altså at gå ud, der er jo ikke noget bedre en at træne omkring en sø, hvis man bor i nærheden. Eller ikke træne, men gå omkring en sø.</p> <p>Jeg synes personalet er fantastiske til og, jo men også til at, men det gør de jo alligevel, ikke også ikke. Hvis man siger man gerne vil derhen, jamen du går med stok, skal jeg så hjælpe dig? Så tager de bakken, fordi så kommer man ud og gå den tur. På den måde synes jeg personalet er gode. Det synes jeg de er.</p> <p>Fordi man bliver røv ked af at sidde her i hele dagen. Altså, når du kan gøre det, men de gange man er rigtig dårlig, så er det jo dejligt at kunne</p>

	<p>ligge sig under dynen. Og tage sig en lur. Det er da også for at komme ind og snakke med nogle andre.</p>
<u>Lennart</u>	<p>Jamen altså der er en motionscykel og så er der fysioterapi om fredagen 30 min.</p>
	<p>Det er for at vedligeholde lidt fysisk for ikke at miste det hele.(...) Jamen både det med vedligeholdelse, men også det at der kommer en indpisker som driver det og motivere en.</p>
	<p>Ja 2 gange(...)Ja jeg brugte cyklen.</p>
	<p>En helt klar fordel for mig er at jeg bor på patienthotellet dvs. jeg bliver tvunget til at få noget motion dernede fra og herop. Og på en eller anden måde så synes jeg det er rart. Det er ikke noget jeg tænker over, men det er jo en tvungen motion jeg får, gratis, eller hva kan man sige. Så set i mine øjne, så er det kun en fordel jeg bor dernede, for så er jeg tvunget til at bevæge mig. Havde jeg boet heroppe, så havde jeg ikke bevæget mig det samme.</p>
	<p>Mange er jo korttidsindlagte, så det der er vigtigt er jo at der kommer en fysioterapeut rundt næsten hverdag og får skubbet folk i gang og ikke kun hver fredag. Folk de er måske kun indlagt i 3 dage og der går 3 dage inden folk opdager der er en motionscykel.</p>
<u>Bettina</u>	<p>Jamen det er helt fint. Jeg står selv op og henter selv mad, og går i bad. Der er ikke noget der.</p>
	<p>Jahh, det kunne godt være relevant, hvis man følte at energien ikke var til det. Så kunne det jo eventuelt, have været med til at hjælpe en med att komme op igen.</p>
	<p>Ja, jamen det er jo selv at stå op og sådan noget, men altså jeg går også selv ned for at komme udenfor og få lidt frisk luft. Men ellers tænker jeg ikke der er så mange muligheder andet end at gå og udforske sygehuset og gå og se hvad der er her.</p>
	<p>Jamen det ville nok enten være den der med hvis lægen eller sygeplejersken sagde det var nødvendigt, jeg ville nok ikke bare gå derned af egen fri vilje. Hvis det var noget de sagde jeg skulle</p>

	<p>1-2 gange om dagen, så gjorde jeg det i hvert fald, det er jeg ikke i tvivl om!</p>
	<p>Nej vi har ikke snakket om det med at være fysisk aktiv, men vi har altid en regel med at jeg går ned i indgangshallen og tager imod dem når de kommer.(...) Ja det gør de jo, ved at vi mødes dernede. Så er vi god til ikke at gå herop igen, men finde en bænk og sætte os eller et eller andet.</p>
<u>Claudia</u>	<p>Nej nej, men jeg kan se der står sådan et stepbræt der, som en anden patient måske har brugt. Men jeg vidste det ikke, det er en god ting du siger det til mig, men min tilstand er ikke til det, men måske hvis jeg fik det bedre</p>
	<p>Jamen det kommer igen an på min tilstand. Når jeg har det godt vil jeg gerne ud på gangen til de andre med dem, men når jeg har det så dårligt her, med smerter kan man ligefrem se det i mit ansigt. Det er fint for mig det står her, så kan jeg bruge det når jeg har tid og lyst til det.</p>
	<p>Mit helbred selvfølgelig, hvordan man følger sig når man er aktiv. Men har en helt anden indstilling, man bliver mere positiv og verden ser helt anderledes ud når man er fysisk aktiv. Så det er meget motiverende, men det er et spørgsmål om prioriteter.</p>
<u>VERNER</u>	<p>Ja. De har fortalt hvor vigtigt det er at komme i gang</p>
	<p>Jamen det tager jeg alvorligt ja. (.....) Ja det gør jeg. Det er helt sikkert. Jeg skal ikke være kloge åge</p>
	<p>Ja kom ud og prøv og sådan.</p>
	<p>Ja det er der. Jeg har også overvejet i det øjeblik jeg kan for min ryg så må jeg hellere igang med cyklen så længe jeg er her. Jeg regner da ikke med jeg skal blive her så mange dage.</p>
	<p>Jajajaja. Det ved jeg sorme ikke. Vi er så mange som fylder det rum der. I cafeteriet eller det der. Jeg ved ikke hvor mange der kan være der. Det bliver værre og værre, vi sidder så tæt så tæt.</p>
	<p>Det er fordi jeg ville prøve, og så tænkte jeg gymnastik hvad er det for noget, og så prøvede jeg.</p>

	Jeg har aldrig gået til gymnastik, kun lidt da jeg var soldat.
	Ja det er det da, det er da skægt. Så kan man lige komme ud og snakke og sådan
	Jeg har haft det. Der var engang for mange år siden kan man godt sige. Jeg døjede sådan med ryg og skulder. Så købte jeg sådan en til at kunne strække ud. Den satte jeg lige her, og så sad jeg i sengen og så (demonstrerer øvelse)
	Arme og muskler og jaja. Den brugte jeg, og jeg ved ikke engang om jeg har den endnu. Det tror jeg ikke. Men de sælger dem nok stadigvæk.
	Jamen jeg tænker på, at det er godt at jeg kan. For det er jo ren fremad, for hvis man går ind og sætter sig her, så kommer man aldrig ud af reden igen. I det øjeblik, at man kan begynde at gå uden smerter, så skal man jo være ved det.
	Nå ja det har vi, hvis man sådan lige har stødt på hinanden der, og så diskuteret det der (...) Jamen det er det da.
	Ja for nu tog jeg jo rollatoren, og så kører jeg bare her og så tilbage igen og sådan. Den kan godt nok bruges (...) Nej, det er en de har stillet til rådighed og spurgt om jeg ville have. Så sagde jeg selvfølgelig ja.
	Det har de nogle søde der går med mig for at hente maden. Så følges vi ad. Det er også hyggeligt.
<u>PER</u>	Ja og så laver jeg lidt gymnastik derhjemme hver dag. 20 minutter.
	Nej, det er fordi jeg skiftede jobs på et tidspunkt, hvor jeg kom til at køre meget i bil. Og så kom jeg i tanke om, at det duer ikke, fordi maven vokser jo bare, og så gik jeg derude 3 gange om ugen. Det kunne jeg lige nå når jeg kom hjem. Jeg var ret tidligt hjemme, så sådan har jeg gjort det siden.
	Nej, altså de kommer jo og spørger om jeg vil deltage i noget af det her.

	<p>Men i forhold til tidligere så er det jo meget bedre ikke? Før i tiden der skulle man jo helst blive i sengen.</p>
	<p>Ja jeg synes det er meget bedre. Alene det med at man skal ud af sengen i en fart. Man skal sgu ikke ligge der og dandere den. Det kan jeg da huske, da jeg blevet opereret for nogle år siden. Der kan jeg huske jeg lå i sengen 3 dage. Nu er det godt nok mange år siden. I dag så ligger man jo når man bliver opereret og så ud og snakke med dem. Dengang opfordrede de ikke sådan til at man kom op og gå og sådan.</p>
	<p>Ja helt sikkert</p>
	<p>Jamen det er sådan set for at holde sådan en gammel stork i hånden. Jamen hvis jeg ikke har det, så dør jeg sgu da. Jamen det gør jeg, for så sætter jeg mig da bare ned. Og jeg har ikke tid til at dø lige nu. Så sådan er det.</p>
	<p>Nej, jamen jeg har fået af vide, at jeg skal fylde det ud ja.</p>
	<p>Jamen jeg tror nok at sygeplejerskerne, hvis patienterne overhovedet kan gå, så får de af vide at de helst skal. Ja så får de af vide, at hvis de overhovedet kan, så må de meget gerne helst gå derned. Men jeg har bare gjort det. For jeg synes at det man kan gøre selv skal man også gøre selv. Men selvfølgelig ikke tvinge folk til noget de ikke vil.</p>
<p><u>Frida</u></p>	<p>Og så hvis man er vant til det i forvejen, så går det jo endnu hurtigere nedad. Hvis man er vant til at gå meget og så ligepludselig laver ingenting, så går det hurtigt.</p>
	<p>Det kunne jeg bedre finde på.</p>
	<p>Jamen jeg synes da det er et fint initiativ for især folk der er her i lang tid ikke? Så begynder det da at ja... Og rigtig mange kan også godt lide at være til sådan noget hold og træne og sådan noget. Så jeg tror jeg da ikke det er nogen dum idé.</p>
	<p>Altså der er jo nogle af dem her jeg godt kunne sætte streg ved.</p>

	<p>Ja det er rigtigt, og her den anden dag så jeg da nogle af de ældre være ude og gå, mens min mand var her. Der kunne de jo ikke gå så langt, og måtte sætte sig ned på halvvejen, og jeg havde jo min mand ved min side, så kunne han jo hjælpe mig lidt længere, så derfor synes jeg helt klart også, at pårørende spiller en rolle i motivationen.</p>
<p><u>Johnny</u></p>	<p>Jo jeg er da nede og ryge engang imellem, sååå.</p>
	<p>Altså nogle af dem, ikke alle. Men pårørende de er gode til det.</p>
	<p>Jojo, det ved jeg godt. Jeg har det sådan, at jeg kan ikke bare sidde på min røv.</p>

Barrierer	
<u>Dorte</u>	altså lige nu der er det ikke så godt, men det er også fordi jeg har været indlagt i cirka 2 uger nu.
	øhmm, det er altså ikke noget de har nævnt så meget
	altså jeg kender jo den cykel der, og det at gå rundet og snakke med folk. Men ellers så er der ikke rigtig så meget.
	Jamen det er jo bare at de har haft sagt at der er den cykel til rådighed
	Nu så jeg her tidligere at der lå en helt nede direkte ved siden af den cykel, så jeg tænker at det kunne måske være noget der gjorde at man holdt sig lidt fra det. Fordi man vil jo heller ikke forstyrre hende(patienten i sengen ved cyklen), når hun sådan har fået plads der ind til videre. Fordi hvis hun er træt og gerne vil sove, så nytter det jo ikke noget at jeg ned og larmer og jeg ved ikke hvad.
	Altså nej, for mig er det bare sådan noget jeg bare gør(...) nej overhovedet ikke
	det ved jeg faktisk ikke for jeg synes det står sådan lidt pakket væk, som at det, ”nååree, nu stiller vi det lige derhen, indtil der er en eller anden der skal bruge det” eller sådan et eller andet. Det er ikke sådan direkte indbydende sådan at gå hen og sætte sig og cykle, det virker bare sådan som om den bare er blevet sat lidt væk.
	Altså mit fysiske helbred kunne sagtens være bedre men, det er ikke noget man kan gøre noget ved, pga. sygdommen jeg har
<u>Sisse</u>	Og det hænger selvfølgelig sammen med at man skal gå. Man skal gå meget, men jeg synes ligesom det mangler, at de fortæller folk at du mange gange, bare skal ud af sengen. Men ja få nu lige det sidste med. Ja du skal gå meget.
	(...)men hvis først cyklen den står dér, hvis jeg skal være ærlig, fordi den grønne palme der, den skygger for den, så folk ser den ikke.
	Nej, du kan ikke se den derfra, når man kommer dernede fra gangen af. Så skal man vide, at den er der.
	Nej det gør man ikke.
	Nej, for den dag jeg blev indlagt, der var det også sådan, at der var noget motion, og så kom der to unge mennesker, som skulle gøre det til mig og sagde: der er altså motion om lidt. Så det vidste jeg ikke. Jeg vidste ikke engang man havde sådan noget på afdelingen. Jeg havde ikke fået noget af

	vide, hvis de to ikke havde fortalt det, de to som stod for det.
	Ja eller man skal hoppe, eller et eller andet. Der er jo nogle der dårligt gående ikke? Og nogle har jo stomi heroppe, så det er jo sådan lidt hvis man skal hoppe og sådan noget, så er man jo bange for at posen hopper af. Som jeg også selv har ikke? Det er også nogle af de ting man skal tænke over: nej kan jeg nu være med. For sagde de til en at det er noget med at sidde på en stol, stå bagved en stol og sådan nogle småting, som alle kan klare, så er jeg også overbevist om, at mange flere ville være med.
	Nej, og det synes jeg virkelig er synd!
	Ja men om aftenen der har de slet ikke tid. Der løber de bare rundt, fordi der er simpelthen så meget at lave. De har virkelig travlt. Det er det samme hvis man kommer og spørger om nogle ting: jamen jeg har ikke tid lige nu, jeg har travlt. Det kniber altså lidt med den her forståelse, at nu kan jeg altså først når jeg har tid. Det virker virkelig som om de er pressede.
	Ja det gør meget, for der ligger jo nogle ældre mennesker, og hvis personalet sagde: hvis nu du tog en tur på den cykel der, så ville du måske blive 10 år yngre af det. Og at du ville kunne meget mere når du kommer hjem. Men det gør man ikke. Det er som om folk bare får lov til at sidde sådan mere eller mindre og bare passe sig selv. Det er synd. For når nu jeg hører det, så vil folk gerne, men hvis ikke man får noget af vide, så venter man bare.
	Nej. De kommer med mad, og så går de igen. Så kommer de ind og henter bakken og så er det det. Så der mangler jo virkelig...
	Ja for man skal jo også tænke på at dem der går med drop-stativ f.eks.. De kan jo ikke gå med drop-stativ og tage bakken med på en gang. Det er ikke altid lige til, og at kunne få bakken hen til bordet. Der mangler en del her.
	Jeg har set på, for jeg har stomi, og jeg havde ikke hørt hvad det går ud på. Og så sagde de at det bare var sådan noget stille træning. Og ja det starter I nok med, og hvad så?
	For da jeg var her i søndags, der havde jeg det svært. Og så kunne man godt bruge sygeplejersken, der lige sagde, kom nu her og nu skal vi op. Så kan det godt være svært lige at finde smilet og det positive frem, men tag nu lige at gøre noget.
	Ærligt? Nej og det har en ganske god begrundelse. Fordi jeg synes at skal man lave et træningshjørne,

	så skal det være mere end en cykel, og så skal den dumme plante væk. For den står nemlig kun i vejen
	Og så længe der bare er et stykke papir på med hvad du kan, så er der ikke nogen der gider, for det er den utryghed igen om man gør det rigtigt. Hvordan skal man bære sig ad med det, hvad står der, og hvad er det?
	Og sådan noget som elastikkerne, hvorfor tager man ikke sådan noget med ind på stuerne?
	Ja det ser man ikke
	Det er jo også deres egen skyld, for de kan jo lade være med at lave overbelægning. (...) Nej det nænner man ikke. Lidt respekt har man jo også overfor de andre, at det gør man bare ikke.
	Det er der mange der tror. Mange tror bare det er en skammel til at sidde på. Det er ikke blevet forklaret, at det er sådan en stepbænk. Og det er jo synd.
	Det dumme er bare, man bare får af vide, at man skal sætte et V-tegn, og det gjorde jeg til at starte med indtil jeg selv læste på skemaet. Der står at jeg skal sætte streger. Du kan jo ikke bare krydse det af, som jeg fik besked på. Jeg fik besked på at jeg bare skulle krydse dem af for hver dag. (...)Man kunne godt bruge en forklaring i stedet for at du selv skal begynde at kigge på det. For der er jo nok nogle der tænker, at det er for uoverskueligt.
	Og han sagde at godt kunne have brugt nogle håndvægte, og spurgte efter dem og ham der stod for det sagde, at det skulle han nok få, men han lod dem jo bare ligge nede i skuffen, så han fik dem jo aldrig.(...) Nej, og han sagde at han er så tynd og afkræftet, at han godt kunne tænke sig at få gang i de muskler, og så sagde han: har du ikke nogle små håndvægte? Jo det havde han, men når han ikke får dem udleveret, hvordan skal han så kunne træne? De havde også nogle bolde med, men dem brugte de heller ikke og det undrede mig lidt
	Ja, vi har snakket om hvad det skulle gøre godt for. Om det var et eller andet vi måtte låne, for vi aner det ikke. For vi ved ikke om det er sygeplejerskerne der går ned med nogle patienter og øver eller hvad det er til. Vi aner det simpelthen ikke. Selv ikke i papirerne vi får står der noget om det. Så der mangler noget information om det. Eller at det var en fysioterapeut der brugte den. Så folk ved måske ikke at de må.
	Ja den hænger da der, men den hænger da ikke nogle andre steder. Ja hvorfor skal den hænge

	<p>dernede. Det virker jo ikke, folk ser den jo ikke hvis den ikke hænger længere op af.</p> <p>det har jeg ikke hørt noget om, det tror jeg ikke er</p>
Anne	<p>Altså der var meget af det der ikke var aktuelt for mig fordi jeg går meget oppe, og det er jo noget de lægger mærke til om man bevæger sig på gangen og går rundet.</p> <p>Jeg har dog ikke turdet at sætte mig op på den endnu, jeg skal lige have en til at hjælpe ikk også.</p> <p>Og hold træningen kom hun(fyssen?) i dag og inviterede, men efter som jeg havde fastet siden i går kl 16, og havde sovet 3 timer, sååå var jeg ikke helt klar på det. Ligeledes vidste jeg ikke jeg skulle til 2 undersøgelser i dag, og vidste ikke hvornår jeg skulle hentes til dem, og det kunne jeg ikke overskue.</p> <p>Jeg ved ingen gang hvor de har den holdtræning henne? (...)Men der var ingen der sagde det med den cykel. Men det kunne jeg jo selv se at den stod dernede. Og så står der et stepbræt eller hvad er det der står ved siden af.</p> <p>ja helt sikkert. Hvis nu jeg eks. skal være her indtil på tirsdag, som måske er planen, så kunne jeg da godt lige finde på at hive i en sygeplejerske så hun kan give mig en hånd op på det monstrem dernede, fordi det er jo netop balancen der hindrer mig at komme op og ned, så det kunne jeg sagtens finde på.</p> <p>Nej, hun sagde bare jeg tror ikke det er aktuelt for dig. Der er nogle der er mere syge eller ikke rigtigt kommer ud af sengen.</p> <p>og træne med dit øvelsesprogram, nu har jeg så ikke et øvelses program herude, og antal skridt på skridttælleren, jeg har heller ikke en skridt tæller vel. Så det har jeg bare sat spørgsmålstegn ved.</p> <p>Da jeg så cyklen dernede, så tænke jeg, hvad står den egentlig dernede for? Placeret på den måde? Med blomster omkring, der er ikke til at se hvad det skal bruges til dernede.</p> <p>De andre der var nede på endokrin, var faktisk meget sjove, de havde æhmm. Der var sådan en lille tavle og så står der ”vær med til ugens konkurrence” Så skulle man sætte en streg hver gang en havde været henne og cykle og så se hvad uger der var flest, det var lige som meget sjovt.</p> <p>Ej men jeg hørte eller overhørte den der holdtræning dernede, det Jeg hørte heller ikke sådan en opfordring til at bruge cyklen</p>

	Nej
<u>Lennart</u>	Jamen der er seddel til fysioterapi, og så er der motionscyklen der står på afdelingen, men i mine øjne så står den gemt.
	Hvorimod i weekenden der var der 5 senge dernede og der var den slet ikke til at se. Plus der står en store plante dernede.
	Nej
	Men det er selvfølgelig sådan lidt med aldersgruppen hvad der lige motivere
	Jeg tror det er fordi træningsaktiviteter skal sættes i gang af en tovholder. En der motiverer.
	Lidt men ikke nok.
	Nej fordi de har travlt nok med deres arbejde, det skal selvfølgelig være en særskilt faggruppe der kun har fokus på missionen.
	Jeg har hørt der er et motionscenter et eller andet sted her i bygningen som svækkede ældre kan få lov at benytte, det spurgte jeg så til ved sidste motionsrunde om jeg måtte benytte, men det var der uvidenhed om og det kunne man ikke finde ud af. Så sagde jeg hvad jeg kunne tænke mig, jeg kunne godt bruge 30 mins guidning og så kunne komme derned selv. Det virkede som om det næsten var en håbløs opgave(...)Det næste var så hvis der var nogle nede i terapi og der gik nogle fysioterapeuter og hjælp. Så kunne man måske lige komme ned og få af vide hvordan man skal bruge maskinen og hvor meget vægt man skal komme på for ikke at gøre noget forkert. Men det håber jeg på at få svar på i morgen, men det lød som om det skulle man ikke forvente. Det synes jeg er synd
	Nej jeg tror simpelthen det er ... der skal man have nogle motivator nogle ildsjæle. Så det er nok igen ressourcerne
	Og det det samme med motionscyklen, den viser MILES, jeg ved det er en lille detalje, men jeg mener når man ofre så meget, så skal man også bruge det sidste på at få den til at vise km/t. Eller en lille seddel, der så lige guider sådan skal du trykke rundt for at justere den. Ellers tror jeg ikke jeg kan finde på mere.
	Når man går med dropstativ har man ikke mulighed for at gå med madbakker
	Ikke ved den her indlæggelse. Der tænker jeg ikke selv der er behov for det. Fordi jeg selv kan mærker jeg er fysisk aktiv nok. Det skulle mere have været de andre gange, hvor jeg ikke har haft energien til at stå op. Men ellers nej.

<u>Bettina</u>	Nej(...)Nej
	Nej overhovedet ikke. (...)Ja, jeg opdagede det egentlig sidste gang fordi jeg blev lagt på gangen dernde
	Det er i forhold til smerter. Som gør jeg ikke gør det.
	Ja, det tror jeg godt man kunne gøre det til, hvis det blev mere synligt. Så tror jeg godt. I stedet for folk sætter sig op på stuen og snakker. Så tror jeg godt man kunne give hinanden det der lille skub til så at gøre noget i stedet for.
	Jamen inden jeg kom ind der var jeg sådan i topform fordi jeg godt kan lide og løbe, og jeg er en person der løber. Men altså, jeg er en person der også kan gå lange ture, men lige nu synes jeg godt nok jeg har mistet rigtig mange kræfter. Det er en meget hård tid
<u>Frida</u>	For første gang i dag.(...) Men jeg har heller ikke været i stand til at gøre noget. Sååå, men de kom og sagde at der var holdtræning i dag. Om jeg kunne tænke mig at være med.
	Nej det var jeg ikke. Jeg er ikke typen der går ned og er med til sådan noget. Det har jeg simpelthen ikke lyst til.
	Jeg var ikke klar over det var der, så jeg har fundet ud af det selv ved at det står vist lige ude foran døren, men det havde jeg ikke lagt mærke til overhovedet. Hehe, den ligger lige foran hovedet på en. Men det har jeg ikke, og jeg har sgu nok heller ikke fået læst det information, for det siger mig bare ingenting. Men jeg er heller ikke typen der ville gøre det på en ferie f.eks., hvor nogle andre hvis der er nogle arrangementer og sådan noget. Det gider jeg heller ikke. Så jeg tror mig lige præcis, ville ikke have lyst til at deltage i det der.
	Ja det er og cyklen, det er hvad jeg ved. Ja jeg bare, det er noget jeg selv har regnet ud at det var der for en, at man kunne gå ned og sætte sig i det.
	Jeg kunne godt forestille mig det med at det godt kunne være en lidelse for folk. At man ligger der, og man orker fandeme ikke at gå ud af sengen. Så det kan jeg faktisk snildt sætte mig ind i.
	Jeg tror ikke jeg ville sidde der i ret lang tid, men jeg kunne godt finde på lige at sidde der er en 5-6 minutter. Jeg ville ikke sidde der til jeg begyndte at svede og sådan noget. Det er ikke der man er tror jeg, når man er indlagt heroppe. Det er jo ikke fordi man skal ud og have en træningstime.

	<p>For det er jo nok for nogle, altså nu kender jeg jo godt elastikkerne. Men for folk der skal bruge sådan noget for første gang, så skal man passe lidt på. Det kan jo gøre det værre altså.</p>
	<p>Nåh! Som man bare kan låne eller hvad?</p>
	<p>Altså jeg har selv redt min seng, hvis den står der. Det gør den nok ikke hehe.</p>
	<p>Det er jo når de allerede har så travlt, så kan man jo ligeså godt hjælpe. Jeg kan godt forstå de ikke altid har...</p>
	<p>Nej okay, det er jo også bare midlertidigt og det er et sted man skal væk fra.</p>
	<p>Ja og gerne hjælp af to personer. For først at komme op og så kunne komme lidt rundt. Ja for der er jo masser af dele, og så måske bare arbejde med noget af det.</p>
	<p>Ja min vurdering af opholdet her, så vil jeg mene at de slet ikke har tid til at hjælpe altså. Altså sådan en aften som igår var frygtelig. Der var så overfyldt. Nu skulle jeg jo så hjem der ved 20-tiden, men der ved aftensmaden var der slet ikke tid til alle patienter, og patienterne fik ikke den tid de skulle have. Men jeg synes godt nok det er synd for personalet, at de har så travlt.</p>
	<p>Jo jeg bevæger mig, men ikke så meget. Jeg må helst ikke belaste det for meget.(...) Men nogle gange har jeg ikke problemer med at røre mig. Det var mere dengang jeg havde smerter i foden og benet, men det har jeg ikke mere.</p>
<u>Johnny</u>	<p>Det er ikke så tid de siger det nej. Det er mere det med at komme ud af sengen.</p>
	<p>Ja jeg synes nu det er noget fis.(...) Ja når man ligger herinde og fandeme er dårlig, og så bliver man nærmest jaget ud af sengen. Det er noget de f.eks. skal lade være med, hvis man gerne vil sove længe.</p>
	<p>Ja det er fandeme nemt herinde. Der er jo ikke noget at foretage sig herinde.</p>
	<p>Men de andre gange synes jeg ikke at sygeplejerskerne de sådan har nævnt motionscykel og det.(...) Næ, jeg kan ikke lige komme i tanke om noget.</p>
	<p>Ja jeg har set en stå dernede. Jeg har bare ikke lige tænkt på hvad den hed. Sådan en skammel.</p>
	<p>Næ. Men der hænger da en seddel lige der! Det må da være den.</p>
	<p>Næ. Den har jeg ikke set. Er det noget man selv skal udfylde?</p>

	Mit fysiske helbred er meget dårligt lige nu, jeg har meget meget smerter i mine ben og jeg kan ikke bevæge mig rundt på afdelingen. Så jeg har rigtig meget brug for hjælp.
<u>Claudia</u>	Det eneste spørgsmål for mig, fordi diagnosen er ikke stillet endnu, så i mange tilfælde kan man skade sig selv ved at bevæge sig for meget. Når man brækker et ben skal man ikke bare begynde at løbe rundt, bare fordi du tror du træner, men det kan altså gøre mere skade. Det er lidt underligt for mig, når de ikke har undersøgt mig færdig, at de giver det der med anbefalinger om at skulle bevæge mig så meget som muligt uden at diagnosen er stillet endnu. Jeg har faktisk spurgt om det kan skade mig, fordi for meget bevægelse kan være skadeligt. Men diagnosen er ikke stillet endnu.
	Nej jeg bliver kørt rundt i sengen, og kan ikke rigtig stå op. Jeg kigger kun rundt når jeg bliver kørt. Jeg har fået sådan en brochurer om fysisk aktivitet. Jeg har ikke læst det hele, men de sagde jeg gerne måtte læse den. Men når jeg bare ligger her, så kan det være jeg læser den når jeg kan bevæge mig. Men så længe jeg ligger her, er jeg ikke opsøgende mulighederne for fysisk aktivitet.
	Jeg kan se den på tavlen der(plakat ophæng), men det er kun for gamle mennesker kan jeg se på billedet, jeg kan ikke læse teksten her fra. Så jeg tro ikke det er for mit tilfælde.
	Jamen det kommer igen an på min tilstand. Når jeg har det godt vil jeg gerne ud på gangen til de andre med dem, men når jeg har det så dårligt her, med smerter kan man ligefrem se det i mit ansigt. Det er fint for mig det står her, så kan jeg bruge det når jeg har tid og lyst til det.
	Selvfølgelig, jeg skal have så meget information som muligt ikke også, som ny indlagt. Sådan at det skal være så nemt som muligt.
	Ikke noget. Den er så stresset i vore dage. Nu har jeg ligget her i 2 nætter, og de løber hele tiden og kan ikke følge med alligevel.
<u>Erik</u>	Overhovedet ikke. Der sker intet i den grad her.
	Jeg tror heller ikke det er nødvendigt herude, at få noget motion, for man skal koncentrere sig om nogle andre ting bl.a. ens egen sygdom, og så kan du jo tage hjem og begynde at motionere, for at få tiden til at gå eller noget andet ikke?
	Nej. For dengang jeg blev opereret i hjertet, var jeg til sådan noget fællestræning nede i lobbyen. Der handlede det mere om hygge og hvem der kunne

	<p>have kage med til næste gang. Så kunne de måske lige sparke til en bold, og så var tiden forbi. Det er ikke derfor jeg ville være med til sådan noget. Det skulle være for, at få mere viden om mit helbred.</p>
	<p>Nej overhovedet slet ikke.</p>
	<p>Nej jeg vil hellere gå hen og sige til nogle der har lidt problemer, og så begynde at snakke lidt med dem, fordi så kan jeg begynde at fortælle lidt om de problemer jeg har, og komme meget hurtigere over dem. For det tror jeg er en vigtig viden for dem der hele tiden er negative, og jeg er lige det modsatte.</p>
	<p>I: Der er lidt mere at spørge om her. Der er sådan et skema her på afdelingen omkring fysisk aktivitet i løbet af ugens 7 dage, og så er der nogle forskellige aktiviteter. F.eks. at gå på toilettet, gå hen til madvognen. Er det noget du er blevet gjort opmærksom på? H: Nej. I: Er det noget du kunne have brugt til noget? H: Nej det kunne jeg ikke. I: Taler du med nogle af de andre patienter heroppe om at bevæge sig? H: Nej, og det er fordi det kender jeg ikke ret meget til selv. I: Men føler du så mere, at træningshjørnet er kilde til inspiration og samtale? H: Nej.</p>
	<p>Det er nul.</p>
<u>Verner</u>	<p>Jaja bl.a. gymnastik hver uge. Ja jo, men ellers har jeg jo altid gået og sådan der.</p>
	<p>Jeg har også overvejet i det øjeblik jeg kan for min ryg så må jeg hellere igang med cyklen så længe jeg er her. Jeg regner da ikke med jeg skal blive her så mange dage.</p>
	<p>Nu har jeg tænkt på den cykel der. Når jeg begynder at kunne bevæge ryggen noget mere, så vil jeg igang med den. For der bestemmer man jo selv. Tryk og farten.</p>
	<p>Det har jeg ikke lagt mærke til, jeg har kun set cyklen. Det var den eneste jeg lagde mærke til.</p>
	<p>I: Der er 2 andre ting. K: Er der det? I: Ja. Der er sådan en lille bænk, man kan øve sig i at gå op på. K: Nå jaja den så jeg godt jaja. I: Ja sådan lidt som en trappe. K: Jaja det er det ja. I: Og hvad med... Der er faktisk også elastikker. K: Jo nu du siger det.</p>

	<p>Nej ikke endnu. Der har jo været nogle sådan, hvor vi har diskuteret forskellige former. For nu har jeg efterhånden ligget med mange her på stuerne. De skifter jo hver anden dag.</p>
	<p>Nej når man lige når at kende nogle, og man snakker godt sammen ikke? Så er det træls at blive flyttet</p>
	<p>Nej, altså nu skal jeg være her 3 dage, så det holder jeg ikke helt. Ellers ville jeg nok have taget cyklen dernede. Men jeg synes nu når det kun er 3 dage, så kan man godt lige holde et hvil. Jeg var i Haraldslund i mandags, og så kommer jeg hjem imorgen, så kan jeg nå at komme derud imorgen også.</p>
<p><u>Per</u></p>	<p>Nej, altså de kommer jo og spørger om jeg vil deltage i noget af det her. I: Ja sådan noget holdtræning? V: Ja, men jeg synes bare ikke lige at jeg vil. For jeg har ikke fået noget af spise, jeg må ikke spise noget og jeg skal ned og undersøges imorgen med maven og sådan noget. Så jeg har ikke lige fået lavet noget her. Men ellers ville jeg bruge cyklen ja. Nu bor jeg jo lige ved siden af. V: Jamen der er jo en fysioterapeut en halv time hver dag. I: Hver dag? V: Ja det tror jeg. Ja det er jeg vist ikke helt sikker på.</p> <p>Nej man melder sig til sådan nogle hold. Og jeg tror egentlig de gør det en del for det i dag. Mere end de nogensinde har gjort.</p> <p>Ja så det er fint nok. For dem der nu skal være her i lang tid, så er jo super godt.</p> <p>Jeg kan ikke huske, om det var en af de sedler jeg fik. Ja det er det nok. Men der er nogle der selv skal finde ud af det. (...) Jamen man skal jo nok selv finde ud af det i forhold til de papirer man får.</p> <p>Jamen de kan jo ikke have en til at rende rundt og fortælle om det, det koster jo penge alligevel.</p> <p>De er nok ikke tilstrækkelige nej, fordi det er nok lige lidt nok, men jeg tror det bliver udnyttet</p> <p>Nej for jeg har været det for længe. Men jeg var selvfølgelig oppe og tisse og sådan noget. Men det gjorde da ondt at komme op, så jeg tænkte det var da fint at ligge der.</p> <p>(...) Men jeg har set at der er senge på gangen altså.</p> <p>V: Jamen det bruger de jo til aktiviteten, for at se om folk de gider rejse sig når de ligger herinde.</p>

	<p>I: Men det er noget de siger til dig, eller er det noget du selv har tænkt?</p> <p>V: Jamen det er noget jeg selv har tænkt. De har slet ikke sagt noget omkring det til mig.</p> <p>I: De har faktisk kun sagt, at det må du gerne udfylde?</p> <p>V: Ja om jeg ikke ville skrive der.</p> <p>I: Ja okay ja.</p> <p>V: Men ja de bruger det selvfølgelig til noget, ellers ville der ikke være nogen grund til at lave det.</p>
	<p>Nej det tror jeg overhovedet ikke. Altså det betyder måske noget for personalet, at de kan se, at vi har så mange patienter der kan røre sig, vi har så mange der ikke kan.</p>
	<p>Jeg var faktisk lidt overrasket over at der var en cykel hernede. Altså ikke nu, men tidligere, hvor jeg var henne for at se udsigten. For den plante står jo i vejen. Og jeg kan se, at det er en god cykel den der. Det er en af de dyre.</p>
	<p>Ja det tror jeg helt sikkert. Jeg ved at en mil er 1.7 kilometer, men det er der nok mange heroppe der ikke ved. Men for mig ville det ikke skræmme væk, for jeg ved jo godt hvad det er for noget.</p>

Udviklingspotentiale	
<u>Dorte</u>	Jeg ved ikke lige om det skal være sådan lige ved opholdsstuen(det mest centrale punkt), men sådan at der var nogle andre omkring en man lige kunne snakke med, eller i hvert fald se noget TV, eller sådan et eller andet
<u>Sisse</u>	Den bør stå et andet sted, så folk de bedre kan se den.
	Men hvis de nu gik ind på stuerne og fortalte, at det er noget alle kunne være med til, og forklare lidt om hvad der foregår, så tror jeg også mange flere ville deltage.
	Det er også nogle af de ting man skal tænke over: nej kan jeg nu være med. For sagde de til en at det er noget med at sidde på en stol, stå bagved en stol og sådan nogle småting, som alle kan klare, så er jeg også overbevist om, at mange flere ville være med. Og det synes jeg mangler lidt, noget ordentligt information.
	Lige præcis. Ja og så står der holdtræning, jamen det kan jo være mange ting. Så igen synes jeg der mangler noget information
	Det ville give rigtig meget. Det ville helt sikkert betyde noget, at de lige gav den der, og at de måske også gik ind på stuerne, og snakkede med patienterne. Og hvis de samtidig lige kunne give dem det sidste skub, ville det give rigtig meget. Også fordi man også skal snakke positivt om det der skal ske. Det ville helt sikkert gøre rigtig meget, det er jeg ikke i tvivl om.
	Ja det sidste skub, det mangler her. Jeg har været på en anden afdeling herude også, og det var det samme. Der mangler det virkelig også, at man lige får den der: kom nu. Men det er nok helt generelt at, at det er det der mangler. For jeg har boet på Sjælland, og jeg har været på rigtig mange sygehuse derovre, fordi de har prøvet på at hjælpe mig, og der kan jeg da også mærke at jeg ikke fik det skub. Det mangler man altså. Et lille smil og lidt venlighed mangler også. Det er for presset og de har slet ikke tid til det. Det hjælper ellers patienten meget.

	<p>Jamen det gjorde heller ikke, og det savnede jeg, for så ville jeg gerne have været med, da jeg så hvordan det foregik. Men nu var de gået igang og så ville jeg ikke rigtig blande mig, men altså. Det savner jeg sådan lidt, at uanset om man så har stomi eller kunstig ernæring, at man får af vide, at man godt kunne være med.</p>
	<p>Hvis nogle har det lidt skidt og har det lidt svært med at skulle have stomi eller et eller andet, så sæt dog nogle af os til at kunne hjælpe dem. Så kan vi i hvert fald, om ikke andet fortælle hvad vi har af erfaringer med sygdommen.</p>
	<p>For den står nemlig kun i vejen, fordi man kunne faktisk lave noget med, altså ligesom de har det der fredagstræning der, holdtræning. Så få noget mere herved til at motivere til at gøre det. Jeg tænker også en stepmaskine, og småting. Det der er der nu er ikke nok. Så kunne man jo fjerne blomsten og så bruge hjørnet her noget mere. Måske også noget med nogle bolde, og så motivere noget med at man skal gøre noget med armene, fordi man bliver slap når man er indlagt. Så at kunne kaste lidt bold til hinanden, eller sådan nogle gummibolde, eller håndvægte.</p>
	<p>Og som sagt, måske bare lige have en engang imellem til at gå og motivere.</p>
	<p>Så der mangler nogle informationer og nogle der ligesom viser lidt. Og sådan noget som elastikkerne, hvorfor tager man ikke sådan noget med ind på stuerne? Fordi så kan de jo ligge inde i sengen til at starte med, så det ville jo også kunne motivere dem til at komme ud og så sige: hov, nu blev det jo lettere. Er der måske nogle andre ting man kan lave her? Og måske nogle andre bånd, forklare dem at der er nogle andre bånd, og de ligger altså herude. (.....) Og så lige vise hvordan man kan bruge dem. Det tror jeg da også ville være en stor hjælp (.....) Det bliver bare ikke det samme, som at man selv kan lave øvelser i sengen og en kan lære dig det. Hvis nu du gør sådan, og så kan du gøre sådan. Der mangler noget.</p>
	<p>Så kan man lige finde på en eller anden sjov måde, at få folk ud af sengen på. (.....) Jamen altså, hvad hvis vi går herved og kigger og ser den tydelige</p>

	<p>grønne farve der er derhenne på huset. Et eller andet ikke.</p>
	<p>Det ville det da. Der mangler også sådan en dimension</p>
	<p>Men hun viser den dog lige. Hun hiver den lidt ud, så man kan se lidt af den, men hun hiver den ikke helt ud og forklarer det ordentligt og hvorfor. Og det er så synd. Man kunne godt bruge en forklaring i stedet for at du selv skal begynde at kigge på det. For der er jo nok nogle der tænker, at det er for uoverskueligt.</p>
	<p>De kunne lære folk at bruge dem og gøre et eller andet med dem. Det hele lå bare i sådan en kurv og blev ikke brugt. Også for at motivere igen og gøre det ekstra sjovt, kunne man bruge patienterne til at vise hvordan øvelserne skulle laves, så de kan blive en del af det og blive stolte af sig selv. (...) Helt sikkert, også hvis sygeplejerskerne måske kunne låne nogle af redskaberne ud, og tage det med ind og vise dem. Se nu her, der er nogle bolde her og nogle håndvægte og så kan man komme ud og være med og måske låne dem til næste gang. Et eller andet. Det kunne da være en motivation også i hvert fald. Så der mangler virkelig nogle ting.</p>
	<p>Altså få nogle flere farver på de papirer der har med træning at gøre, for at gøre dem spændende at man kan de ting. Og holdtræning og mulighed for at bruge bolde og håndvægte. Et eller andet i hvert fald. Og så måske at det er alene de ting man laver, at man kan være sammen om nogle af tingene, med at kaste en bold til hinanden og sådan. Der er jo nok nogle der har lidt problemer med ryggen, og de er måske ældre, men det er jo ligemeget. Bare det at man er sammen om noget, kan også give noget andet, tænker jeg. Så at man hjælper hinanden og den dur.</p>
	<p>Det kan de jo bruge den til, og det kunne være alletiders. Så kan man måske også hjælpes ad inde på stuerne, og så begynder man at hente den anden farve ikke? Og så motivere hinanden til også at kunne komme op på en sværere elastik. Altså det ville jo også give noget motivation.</p>

	<p>Ja det ved jeg godt, men så bare nogle pæne billeder med lidt farve på. Friske farver og gøre flyersne større. Så kan man sagtens se dem. Der er jo masser af plads at bruge.</p>
	<p>De har opslagstavler på stuerne. Hvorfor laver man det så ikke sådan, at man hænger dem op på stuerne? Så tag lige at læs hvad der står på opslagstavlen. Der mangler virkelig noget information synes jeg.</p>
<u>Anne</u>	<p>Men jeg kunne så godt når jeg kigger den der, kan jeg se det så kun er om fredagen. Jeg kunne godt tænke hvorfor er det ikke 2 gange om ugen? Eks. det kunne jeg da godt. At man skulle have personale til det.</p>
	<p>Der har jeg jo gået til træning før hen, men fordi du ingen balance har så skal være eksempelvis være en ribbe du kan holde i.</p>
	<p>Nej ikke elastikker, det er lige som bælte du kører omkring og så er der bly i, så der er vægt på. Og man kan sætte dem på fødderne, det så jeg også de havde på afdelingen. Var det akut eller endokrin afdelingen, det kan jeg så ikke huske. Men så løfter du benet så har du modstand, de er faktisk gode. Lige med sådan noget velcrobånd man kan sætte om, og så med 5-7 eller hvor mange kilo man så vil have.(...) Nu f.eks. har jeg hævet ben, der ville det var guld være at kunne sidde med det.</p>
	<p>Og jeg kunne også savne nogle små bolde, dem der med pigge på. Når man har problemer med hævet ben eller andet, så er de et utroligt behageligt ting og sidde og køre med. Det ville jeg i hvert fald synes, jeg har tænkt på dem</p>
	<p>Altså skulle det være for mig, så skulle det mere være sådan et rum man kan gå ind i, eller også signalere måske med nogle ting på en tavle eller nogle kasser på skrå, hvor man kunne se hvad der var, som man så kune tage selv og bruge</p>
<u>Lennart</u>	<p>Ja jeg mener den burde stå ude ved elevatoren, så det var den man så og så vidste man den var her. (...)men i og med den måske stod i det gang areal mellem elevatoren og gangen så ville folk spotte den og så ved de den er der.(...) Og som jeg ser det</p>

	<p>skulle den så være i den anden ende af huset så du ligesom ser den når du kommer ind, så gæsterne ser den, og de eventuelt kan tage 30 min med patienterne sammen.</p>
	<p>Et forslag i stedet for, kunne være at i flere træningscentre, der har de eks. sådan en tæller puls, skridt eller et eller andet, hvis der nu hang 3 tavler her, man kunne kode med navn og så sige, i dag har jeg taget 500 skridt. Så hvis der var en sygeplejerske der kunne presse lidt på dagen efter også 2-3 dage.(...) Ja sådan sygeplejersken kan komme og sige, hvaaa kan vi ikke lige nå 600 i dag og 700 i morgen.(...) Og så vil jeg sige det skal være så gennemført, at hvis der hænger, ligesom der gør inde på nordkraft under spinning, at så skal det kobles op med navn, det skal ikke være sådan noget med at det er Nr. a. Det skal virkelig være sådan at man kan se navnet. Sådan at sygeplejersken kan gå over og sige, sådan, når vi det her i dag?</p>
	<p>Det jeg også synes, er jeg ligger pt. I en middelaldersgruppe, men jeg synes især det er synd for dem der er yngre end mig, dem mellem 20-40. Kunne man bare samle dem 1 gang om dagen til noget socialt også. Fordi sådan en afdeling her hedder måske i snit 50-80 år ligger der så nogle på 25 her så kunne det være rart socialt og fysisk og måske at kunne samles 30 min om dagen.</p>
	<p>Et mere kunne være en dartsbane, det er noget der ikke fylder noget. Det er ikke så fysisk men det er mere tid.</p>
	<p>Jamen det jeg også havde var en gåtur rundt på hele sygehuset. Jeg skal være ærlig at sige, at når jeg skal ned på patienthotellet, så tager jeg elevatoren. Men det kunne jo være hvis der gik en fysioterapeut med, så kunne hun sige nu tager vi lige trapperne en eller to etager, det kunne jo være godt for nogle. Det kunne være man kunne komme ud og gå ½km. Der er jo mange gang arealer at gå på. Udfordringen er jo ligesom at finde noget at gå efter. I stedet for bare at gå.</p>
	<p>men hvis du er i et indkøbscenter så får du en vogn der ligner en rolator, hvr du kan have en madbakke på og tage med ind på værelset. Dvs. en patient der</p>

	<p>ikke selv ville have hentet mad, ville, hvis der står nogle små vogne, have mulighed for selv at kunne hente madden og gå ind. Dvs. der vil blive motion fra værelset og ud og det samme ud med service. Måske en lille motion, men en stor tilfredsstillelse. Den mulighed mangler der. Det kunne gøre dig selvhjulpen og afhjælpe sygeplejerskerne.</p>
<u>Bettina</u>	<p>Jamen generelt noget mere at lave. Tiden kan godt være lang herinde.</p>
<u>Claudia</u>	<p>Selvfølgelig skal det være dejligt med en opslagstavlen hvor alle ting står og hvis jeg har lyst kan jeg se alle tilbud også beskrivelsen. Der er et træningscenter. Det er rart med information, i stedet for man skal rende efter en person der kan give en svar. Den information kan da være et eller andet sted. I hvert fald bare om mulighederne, så kan jeg selv spørge mere ind til det.</p> <p>Ikke bare sådan selve udstyret, men nærmere hvis der var en holdleder til det. Mennesker skal samles under et eller andet, måske de selv kommer og kigger for at se hvordan det kan bruges. Hvis der er en fælles politik om det, eks. om aften så samler man dem som kan gå rundet, og siger kom så drenge og piger så laver vi lidt øvelser, så er det noget helt andet, det er bare luksus.</p> <p>Ja en sygeplejerske kunne komme og tilkalde alle dem som kan fra værelserne, så kan hun sætte et bånd i fjernsynet og så kan man selv lave med, det kræver ikke så mange ressourcer.</p> <p>Ja det lyder smart for sådan nogle som mig i sengen. Det kunne være en god ide. Også nogle redskaber inde på stuen, som er nemt tilgængelige.</p>
<u>Erik</u>	<p>Det er som om, at hvis de havde arbejdet som en lille enhed med en boss, så havde de kunne arbejde på en helt andet måde. Og lige nu er man i gang med at finde ud af, om hver patient ikke skal have sin egen læge. Og det sagde jeg ja til, og det glæder jeg mig til at man har den samme læge og ikke 35 andre læger. Du ved når man kommer herind igen og sådan noget. Det tror jeg bliver meget mere effektivt.</p> <p>Jeg har en bror der begyndte at motionere, og han kedede sig når han gik rundt om Hjallerup sø, men</p>

	<p>så efter han fik sådan nogle høretelefoner og fik indspillet nogle bøger, kedede han sig ikke. Og så kunne han fortælle om det ene og det andet, fra de der bøger der blev læst op. Det tror jeg er den rigtig måde at gøre det på.</p>
	<p>Altså den måde vi spiser på synes jeg er forkert. De henter en tallerken, eller også henter vi selv en tallerken, men det jeg savner det er et fællesskab som man havde før i tiden ved spisebordet. Så folk kunne mere komme ud fra stuerne og samles henne i opholdsstuen for at få noget at spise. Det var det vi gjorde i gamle dage.</p>
	<p>Nej ikke lige umiddelbart</p>
<u>Verner</u>	<p>Jeg har haft det. Der var engang for mange år siden kan man godt sige. Jeg døjede sådan med ryg og skulder. Så købte jeg sådan en til at kunne strække ud. Den satte jeg lige her, og så sad jeg i sengen og så (demonstrerer øvelse)</p>
	<p>Nej det ved jeg ærlig talt ikke. Man må hele tiden se på de kræfter man har. Og så lang tid, at man ikke kan, så kan man ikke altid sætte nogle mål.</p>
<u>Per</u>	<p>Altså de burde have noget mere fysioterapi. Og flere til at træne folk i tingene. Så det bliver lidt mere personligt heroppe. For den halve time der, det er altså ikke noget. Det kan være der kommer 10 mennesker, og hvordan skal man nå alle 10 mennesker på en halv time? Det er ingenting, det er det virkelig ikke. Eller jo det er det selvfølgelig, men ikke ret meget. Men det koster jo.</p>
	<p>Det var da en god idé. Men at lave noget om, det er jo nok svært at pege på, og det synes jeg ikke lige jeg kan</p>
	<p>Jeg var faktisk lidt overrasket over at der var en cykel hernede. Altså ikke nu, men tidligere, hvor jeg var henne for at se udsigten. For den plante står jo i vejen. Og jeg kan se, at det er en god cykel den der. Det er en af de dyre.</p>
<u>Frida</u>	<p>Men så kunne man måske sætte en halvvæg op så det er skærmet lidt af. Men jeg tror jeg måske var noget personalet skulle blive ved med at opfordre til.</p>

	<p>Måske prøve, hvis det er en person der er på det punkt fysisk, skal vi lige prøve og hjælpe dig ned? Lige give det første skub ikke?</p>
	<p>Det ville være virkelig godt for mig, for jeg har dårlig ryg. Jeg har sådan et derhjemme, sådan et gummi...</p>
	<p>Men hvis man skulle have dem inde på stuen ville de nok rode lidt mere og måske komme i vejen for personalet, men så skulle der måske være nogle stykker man kunne låne.</p>
<p><u>Johnny</u></p>	<p>Hvis man havde fået det af vide når man kom ind kunne det godt være, at det kunne have gjort noget. Det kommer også an på hvor mange ture jeg går. Ja bare det man kommer op og rører sig. Ja bare op og sidde i en stol i stedet for at ligge i sengen.</p>

Bilag 12 – Transkriberinger

Interview 1 - Interview med Anne

I = Interviewer

A = Anne

I: Det første spørgsmål er hvordan du selv vurderer dit fysiske helbred?

A: Det er fint, altså det vurderer jeg som godt. Jeg svømmer 2 gange om ugen og går til fysioterapi og træner 2 gange om ugen. Sådan genoptræning efter operationen i hjernen for at kunne holde balancen. Og så er jeg med i noget der hedder naturvandrerne. Jeg kan så ikke tage de lange ture på 25km, men jeg tager dem der er mellem 8 og 12 km. Sååå, rimeligt efter min alder synes jeg

I: Jamen det er da også noget må man sige

A: Jo, men jeg er nødt til at træne, jeg bliver nødt til at holde kroppen i gang når man har problemer med balancen.

I: det er jo det og det er jo også egentlig en af grundene til at vi laver det her, fordi vi ved at når folk har ligget i sengen blandt andet, og de lige pludselig kommer ud efter at være indlagt i måske flere uger, så skal de jo også lige få gang i benene igen.

A: lige præcis

I: Yes, spg. Nr. 2 det er: Hvad har du hørt fra personalet om vigtigheden af at være fysisk aktiv mens du er indlagt

A: det har jeg ikke hørt noget om, det tror jeg ikke er... Jo jeg har fået sådan et skema for resten, det har i måske også set?

I: Jeg tror måske jeg kender det.

A: Fordi så er det nok ikke aktuelt for mig. (Elly leder efter skemaet) Udfyldte jeg den første gang, fordi jeg er jo ikke senge liggende. Jeg har fået sådan et skema udleveret(Elly viser skemaet).

Altså der var meget af det der ikke var aktuelt for mig fordi jeg går meget oppe, og det er jo noget de lægger mærke til om man bevæger sig på gangen og går rundt. Nu har jeg godt nok dårlig balance, så jeg går sommetider med stok, men jeg går en tur rundt om og tilbage, ikke også ikk. Og så selvfølgelig når man lige har været til sådan en undersøgelse og man er træt ikke, så glæder man sig til at sove, men ellers så tror jeg da de er bevidste over det personalet. Men der er jo nogle der ikke kommer op af sengen. Altså bliver liggende i sengen mange dage efter en operation det er jo det værste man kan.

I: ja nemlig.

A: Jeg synes nu stadig de er søde til at hjælpe, altså hvis man gerne vil gå og man så lige pludselig ikke kan mere, så er de søde til at tage fat og hjælpe en. Det gør jo også at man måske tår våge sig ud lidt mere end man egentlig magter, ikke også?

I: Jo det er rigtigt. Har det bydet noget for dig, rent motionsmæssigt at få det her skema og den viden at du har personalets hjælp, hvis du har brug for det.

A: Altså jeg vil sige at det M..... personalet hjælp, fordi jeg synes ikke, og det sagde de også, jeg synes ikke det er aktuelt på den måde vel, altså hvis man var mere syg ikk også. Nu er mit problem tarm problemer ikke også, så jeg har jo ingen problemer ved selv og min egen hygiejne og gå til madvognen og træne mit øvelsesprogram, men det har jeg jo ikke noget af, så vælger jeg jo og gå, jeg har endda været nede og kigge ved den cykel. Jeg har dog ikke turdet at sætte mig op på den endnu, jeg skal lige have en til at hjælpe ikk også. Og hold træningen kom hun(fysen?) i dag og inviterede, men efter som jeg havde fastet siden i går kl 16, og havde sovet 3 timer, sååå var jeg ikke helt klar på det. Ligeledes vidste jeg ikke jeg skulle til 2 undersøgelser i dag, og vidste ikke hvornår jeg skulle hentes til dem, og det kunne jeg ikke overskue.

I: Det er forståeligt.

A: og det kunne hun også godt forstå. Men jeg kunne så godt når jeg kigger den der, kan jeg se det så kun er om fredagen. Jeg kunne godt tænke hvorfor er det ikke 2 gange om ugen? Eks. det kunne jeg da godt. At man skulle have personale til det.

I: Så du kunne godt have fundet på at være med, under bedre omstændigheder?

A: Jaja, og er jeg her på tirsdag(??) vil jeg også gå med der, det er da helt sikkert. Jeg synes, nu overværede jeg det på den anden afdeling, og derovre sad jeg ved siden af, der var jeg pudsigt nok også kommet lige inden undersøgelse. Der så jeg da, hvordan der var en 4-5, godt nok mænd, der holdtrænede, jeg synes det var fint, at det var på deres niveau de laver det. Det synes jeg det var.

I: Super. Du sagde du kendte til fredagstræningen og til træningshjørnet. Ved du hvilke andre muligheder der er for at være fysisk aktiv her?

A: Nu siger du hjørnet? Er det dernede ved

I: Det er nede ved cyklen.

A: Jeg ved ingen gang hvor de har den holdtræning henne?

I: det er ude i spisestuen

A: Nej, det ved jeg ikke, jeg kender ikke andre.

I: Var det noget du kunne have tænkt dig?

A: Ja hvis jeg skulle have været her i længere tid, så kunne jeg godt.

I: Da du blev indlagt var det da personalet der gjorde dig opmærksom på at der stod en cykel og øhhhh

A: Det var personalet der kom med det her skema. Og så sagde de det måske ikke var aktuelt. Men der var ingen der sagde det med den cykel. Men det kunne jeg jo selv se at den stod dernede. Og så står der et stepbræt eller hvad er det der står ved siden af?

I: Ja præcis og så er der også nogle elastikker dernede som kan anvendes.

A: Det hmmm, ja nej

I: Føler du, som det er lige nu at du vil have mulighed for at benytte det dernede.

A: ja helt sikkert. Hvis nu jeg eks. skal være her indtil på tirsdag, som måske er planen, så kunne jeg da godt lige finde på at hive i en sygeplejerske så hun kan give mig en hånd op på det monstrem dernede, fordi det er jo netop balancen der hindrer mig at komme op og ned, så det kunne jeg sagtens finde på. Om ikke andet så gør man noget godt ikke, for sig selv når man er her. Men jeg er som sagt heller ikke så meget i sengen, jeg er jo mest oppe. Men nogen gange kommer trætheden og man er nødt til at være lidt i sengen.

I: Men ja, ellers så er det da helt klart at være fysisk aktiv der er det bedste. Når du snakker om at du gerne vil derved og træne, vil det så udelukkende være cyklen, eller ville du måske også bruge stepbænken.

A: Der har jeg jo gået til træning før hen, men fordi du ingen balance har så skal være eksempelvis være en ribbe du kan holde i. Så kunne du lave nogle andre øvelser på stepbænken, med at gå op og ned op og ned og sådan nogle ting ikk. Men det er der ikke rigtigt her, så det jeg må bruge er nogle cyklen f.eks. og så nogle af de der elastikker, hvis, jeg ved ikke om der er dem der man kan sætte på benet så man kan give noget mere styrke i benene. De der man snor omkring, dem kender du godt, der er lidt vægt der i.

I: Ja, øhh?

A: Vi har nogle der hjemme ikk også ikk?

I: Jo

A: fordi jeg havde en dårlig arm efter jeg blev opereret her. Der sad jeg med sådan en på

I: Nårhh sådan nogle elastikker?

A: nej ikke elastikker, det er lige som bælte du kører omkring og så er der bly i, så der er vægt på. Og man kan sætte dem på fødderne, det så jeg også de havde på afdelingen. Var det akut eller endokrin afdelingen, det kan jeg så ikke huske. Men så løfter du benet så har du modstand, de er faktisk gode. Lige med sådan noget velcrobånd man kan sætte om, og så med 5-7 eller hvor mange kilo man så vil have.

I: Var det noget du kunne savne her?

A: Ja, jeg tror jeg ville bruge det i hvert fald, for at sidde i en stol og så gøre det. Nu f.eks. har jeg hævet ben, der ville det var guld være at kunne sidde med det. Og jeg kunne også savne nogle små bolde, dem der med pigge på. Når man har problemer med hævet ben eller andet, så er de et utroligt behageligt ting og sidde og køre med. Det ville jeg i hvert fald synes, jeg har tænkt på dem. Og spørge om det, men jeg har ikke lige set dernede om de er der. Ved du det?

I: øhh hvad siger du?

A: De der små runde bolde med pigge, er de dernede?

I: Nej det er de ikke

A: nej

I: Men det er jo netop derfor at vi interviewer, for at finde ud af om der kan laves nogle forandringer omkring det. Nu viste du mig lige det der aktivitetskema, er de dig selv der udfylder det eller er det personalet?

A: Nej det er mig selv. Nu sagde det ikke var aktuelt, altså altså. Helt ærgeligt, så synes jeg da ikke det er aktuelt, du kan se jeg har kun gjort det den første dag.

I: Har du fået af vide af personalet hvad det kan gøre for dig, at bruge sådan et skema?

A: Nej, hun sagde bare jeg tror ikke det er aktuelt for dig. Der er nogle der er mere syge eller ikke rigtigt kommer ud af sengen.

I: Ja

A: Og det synes jeg så heller ikke er aktuelt, at jeg sad og udfyldte det.

I: Hvad synes du ikke var aktuelt ved det?

A: Jeg synes ikke det var aktuelt for mig fordi, at altså hvor mange gange man er gået til toiletter og gået til madvognen og gået tur på gange og sådan noget ikke og træne med dit øvelsesprogram, nu har jeg så ikke et øvelses program herude, og antal skridt på skridttælleren, jeg har heller ikke en skridt tæller vel. Så det har jeg bare sat spørgsmålstegn ved.

I: Så der er nogle af dem der mangler, i hvert fald. Og ja så har du måske nok ret i at det henvender sig til nogle af dem der er

A: Mere syge

I: mere svækkede. Snakker du med nogle af de andre patienter om sådan at bevæge sig?

A: Næææ, Nej det passer så ikke helt, Jeg har siddet og snakket med en herude i opholdsstuen. Som undrede sig over mit program. Så sagde jeg det er fordi jeg skal træne balancen at så går jeg ned og svømmer, det er et varmtvands bassin jeg træner i to gange om ugen ikk også, og så oppe ved fyssen 2 gange om ugen, hvor den ene gang er træning og den anden gang er behandling. Så det er så mit program, det har jeg det godt med.

I: var det så kun dit program i snakkede om, da i sad og snakkede?

A: Jahh, vi snakkede også om at vedkommende ikke rigtig selv bevægede sig. Altså boede et sted hvor der er en fantastisk skov, men ikke rigtig bruger den. Den bruger vi jo meget i familien altså at gå ud, der er jo ikke noget bedre en at træne omkring en sø, hvis man bor i nærheden. Eller ikke træne, men gå omkring en sø.

I: Præcis. Synes du at træningshjørnet, eller motionscyklen og hele det hjørne dernede, er det inspiration til samtale og fællestræning?

A: Altså skal jeg være helt ærlig

I: Ja

A: Da jeg så cyklen dernede, så tænke jeg, hvad står den egentlig dernede for? Placeret på den måde? Med blomster omkring, der er ikke til at se hvad det skal bruges til dernede. Altså skulle det være for mig, så skulle det mere være sådan et rum man kan gå ind i, eller også signalere måske med nogle ting på en tavle eller nogle kasser på skrå, hvor man kunne se hvad der var, som man så kunne tage selv og bruge. Altså for mig virker det bare som om den er placeret fordi der skal være sådan en, sådan tænkte jeg. Altså sagt lige ud af munden

I: Det at den står fremme, kan måske godt skræmme nogle patienter til at de ikke vil sætte sig op på cyklen og alle kan se en sidde og cykle dernede.

A: Hmm, det ved jeg som ikke. De andre der var nede på endokrin, var faktisk meget sjove, de havde æhmm. Der var sådan en lille tavle og så står der "vær med til ugens konkurrence" Så skulle man sætte en streg hver gang en havde været henne og cykle og så se hvad uger der var flest, det var lige som meget sjovt. Men den var ligesom placeret hvor der var en reol, hvor der lidt flere ting i, der var lige så man kunne se at det her det er hobbyerne, eller hvad skal man sige træningshjørnet. Men jeg synes det er fedt at der er en cykel, det må du ikke misforstå.

I: Ja men det er jo mere om den bliver brugt, for ellers så kan det jo være lidt spild af plads kan man sige

A: Ja, man går ned i mellem det dernede.

I: Nu sagde du at du på en anden afdeling havde set at der var skabt sådan noget konkurrence omkring det.

A: Ja altså det var bare sådan at man kunne sætte en streg, så talte de jo op engang om ugen.

I: Tror du det var noget der kunne gøre at folk kom mere derned?

A: Nej, det tror jeg egentlig ikke. Det tror jeg ikke, det tror jeg ikke. Ej men jeg hørte eller overhørte den der holdtræning dernede, det Jeg hørte heller ikke sådan en opfordring til at bruge cyklen.

I: Det nævnte de ikke?

A: Nej ikke den holdtræning jeg overværede dernede nej. Det kunne man jo egentlig godt, kom jeg lige til at tænke på. At ma var velkommen dernede. Men det ved man jo at man kan. Men altså når nu man så har holdtræning, undskyld, så kunne man da godt lige sige at der står faktisk en ...

I: ja

A: synes du ikke det?

I: Jo, for man må da ogs tænke at dem der er med i holdtræningen, de må jo også kunne sætte sig op på en cykel.

I: Nu har du nævnt lidt sådan nogle ting, der mpske kunne ændre her, synes du sådan ud over de ting du har nævnt, synes du så der er andre ting man kunne gøre for at gøre fysisk aktivitet mere aktuelt her?

A: Nahhh, det..

I: Det kan både være på afdelingen, eller inde på stuerne i forhold til personalet.

A: Det er en svær balancegang, altså, jeg kunne jo godt tænke, nu har jeg ligget sammen med en, jeg kunne godt tænke som vedkommende ikke er her mere, jeg kunne godt tænke, man kunne godt stimulere sådan lidt til at komme op og gå. Nu er jeg jo opereret ovre på rigshospitalet, uanset hvor dårlig du er, så kommer man op og gå dagen efter. Selvom det er med en høj stol og måske 2 folk ved siden af dig. At man kan ligge i sengen 3-4 dage uden at komme i bad og uden at komme op, det kan man mske godt, men det er jo en balancegang for man kan ikke tvinge folk. Det kan du ikke! Jeg synes personalet er fantastiske til og, jo men også til at, men det gør de jo alligevel, ikke også ikke. Hvis man siger man gerne vil derhen, jamen du går med stok, skal jeg så hjælpe dig? Så tager de bakken, fordi så kommer man ud og gå den tur. På den måde synes jeg personalet er gode. Det synes jeg de er.

I: Sidste spørgsmål. Hvad motivere dig generelt til at komme ud af senge og være fysisk aktiv?

A: Fordi man bliver røv ked af at sidde her i hele dagen. Altså, når du kan gøre det, men de gange man er rigtig dårlig, så er det jo dejligt at kunne ligge sig under dynen. Og tage sig en lur. Det er da også for at komme ind og snakke med nogle andre. Også når man har besøg, så finde en hygge krog og sidde i. Men også fordi den der tanke, at derhjemme ligger man jo ikke i sofaen en hel dag, altså. Igen hvis man kan klare det, det vel ikke godt for din krop, altså hvis, det er det jo ikke bare at ligge i sengen ikk.

I: Nej det kan jo selv mærke når man ligge på langs en hel dag.

A: Det må man sige, det er ikke godt. Og jeg synes også det er fint, der er en opholdsstue derhenne, men det er jo ikke meget plads der er kan man sige, fordi er der nogle der har gæster så er det hurtigt fyldt op, ikk. Så kan man. Hvis jeg eks. skal have nogle på besøg så vender jeg den stol over og sidder og nyder. Så sidder jeg og spiser mad derovre jeg har skåret i stykker. Det er skide hyggeligt ikk også.

I: Jo det er det da, der er også en god udsigt.

A: Det er det der er. Så øhhh, motivationen er der da for ikke at lukke sig inde og sidde. Men sådan kan der være en dag hvor mange ikke kommer så meget ud.

I: Jamen sådan er det jo - Det var det!

Interview 2 - Interview med Bettina

I=Interviewer

B=Bettina

I: Hvordan vurderer du lige nu dit eget fysiske helbred?

B: Jamen det er helt fint. Jeg står selv op og henter selv mad, og går i bad. Der er ikke noget.

I: Der er ikke brug for nogen hjælp?

B: Nej overhovedet ikke.

I: Har du fra personalet hørt om vigtigheden af fysisk aktivitet? Og hvad det kan gøre for dig?

B: Nej og nej

I: Var det noget du kunne have tænkt dig?

B: Ikke ved den her indlæggelse. Der tænker jeg ikke selv der er behov for det. Fordi jeg selv kan mærker jeg er fysisk aktiv nok. Det skulle mere have været de andre gange, hvor jeg ikke har haft energien til at stå op. Men ellers nej.

I: Har du kendskab til mulighederne for fysisk aktivitet her på afdelingen.

B: Nej

I: Var det noget du kunne have brugt?

B: Jahh, det kunne godt være relevant, hvis man følte at energien ikke var til det. Så kunne det jo eventuelt, have været med til at hjælpe en med att komme op igen.

I: Som det er lige nu hvordan oplever du så dine muligheder for at være fysisk aktiv lige nu?

B: Ja, jamen det er jo selv at stå op og sådan noget, men altså jeg går også selv ned for at komme udenfor og få lidt frisk luft. Men ellers tænker jeg ikke der er så mange muligheder andet end at gå og udforske sygehuset og gå og se hvad der er her.

I: Har du fået noget af vide om at der skulle være fællestræning om fredagen?

B: Nej

I: Hvis det bliver relevant, var det så noget du kunne tænke dig at deltage i?

B: Ja helt sikkert.

I: Har du set at der helt nede i bunden af afdelingen står en motionscykel og et stepbræt og lidt elastikker?

B: Jeg har godt set det.

I: Er du blevet introduceret til det?

B: Nej overhovedet ikke.

I: Kunne du overveje at bruge det?

B: Ja altså det er jo svært at sige. Specielt hvis man mener det er nødvendigt, så ville jeg.

I: Hvad ville være din motivation til det?

B: Jamen det ville nok enten være den der med hvis lægen eller sygeplejersken sagde det var nødvendigt, jeg ville nok ikke bare gå derned af egen fri vilje. Hvis det var noget de sagde jeg skulle 1-2 gange om dagen, så gjorde jeg det i hvert fald, det er jeg ikke i tvivl om!

I: Hvilke redskaber ville du bruge?

B: Nok cyklen

I: Hvad er gunden til du ikke har trænet eller lavet noget endnu, manglen lyst eller?

B: Det er i forhold til smerter. Som gør jeg ikke gør det.

I: Er du blevet gjort opmærksom på aktivitetskemaet?

B: nej

I: INTERVIEWER FREMLÆGGER SKEMAET

B: Det er ikke noget jeg har set.

I: Tror du du kunne have fået noget ud af dette værktøj?

B: Nej

I: Så det gør dig ikke noget du ikke har kendskab til det?

B: Nej ikke for mit vedkommende.

I: Har du snakket med andre patienter om fysisk aktivitet?

B: Nej

I: Hvad med pårørende?

B: Nej vi har ikke snakket om det med at være fysisk aktiv, men vi har altid en regel med at jeg går ned i indgangshallen og tager imod dem når de kommer.

I: Det var en god regel. Så de pårørende kan blive en form for motivation

B: Ja det gør de jo, ved at vi mødes dernede. Så er vi god til ikke at gå herop igen, men finde en bæk og sætte os eller et eller andet.

I: Tror du at træningshjørnet kan være en kilde til, fælles inspiration eller socialt samvær eller samtale?

B: Ja, det tror jeg godt man kunne gøre det til, hvis det blev mere synligt. Så tror jeg godt. I stedet for folk sætter sig op på stuen og snakker. Så tror jeg godt man kunne give hinanden det der lille skub til så at gøre noget i stedet for.

I: synes du det er noget gemt væk dernede?

B: Ja, jeg opdagede det egentlig sidste gang fordi jeg blev lagt på gangen dernde.

I: Ellers havde du slet ikke set det?

B: Nej

I: Apropos det så har andre fortalt om misbehag ved at sætte sig op på cyklen ved siden af sengeliggende patienter.

B: Det kan jeg godt sætte mig ind i.

I: Synes du der er noget med hjørnet dernede, eller stuerne eller personalets rutiner eller helt generelt på afdelingen der kan ændre for at fremme fysisk aktivitet?

B: Nej ikke hvad jeg lige har tænkt over.

I: Der har været forslag fra andre patienter eks. dartske osv. Hvad synes du om det?

B: Jamen generelt noget mere at lave. Tiden kan godt være lang herinde.

I: Har du lavet noget med andre patienter for at slå tiden ihjel?

B: Nej ikke andet end at snakke med dem

I: Har du gået nogle ture med dem?

B: nej

I: Andre patienter har forslået at patienterne kunne hjælpe til at motivere andre patienter til at komme ud af sengen, hvad synes du om det?

B: Det var da en god ide

I: Hvad motivere dig generelt til at komme ud af sengen?

B: Hvis ikke jeg kommer ud af sengen, bliver jeg jo mere syg. Jeg bliver mere syg af bare at ligge.

I: Kan du mærke det?

B: Ja det kan jeg, jeg skal ud og lave noget, for ellers spekulere man jo bare i sygdom og så kommer der dårlige tanker. Så det er bare ud af fjerne og i gang.

Interview 3 - Interview med Claudia

I=Interviewer

C=Claudia

I: det første spørgsmål det er hvordan du lige nu vurderer dit eget fysiske helbred?

C: Mit fysiske helbred er meget dårligt lige nu, jeg har meget meget smerter i mine ben og jeg kan ikke bevæge mig rundt på afdelingen. Så jeg har rigtig meget brug for hjælp.

I: Har personalet fortalt dig om vigtigheden af at være fysisk aktiv under din indlæggelse?

C: Ja, det har de sagt. De anbefaler jeg bevæger mig så meget som muligt i forhold til min smerte selvfølgelig og muligheder.

I: Ja, og har de fortalt hvad det kan gøre for dig?

C: Jamen som patient kan jeg selv forstå at bevægelse er det vigtigste i livet hvis man skal selv, ja det ved jeg ikke, de har ikke sagt så meget, der gælder for mig, men de har helt forståelse for at det er for mig selv og det er meget vigtigt for mig at bevæge mig. Det eneste spørgsmål for mig, fordi diagnosen er ikke stillet endnu, så i mange tilfælde kan man skade sig selv ved at bevæge sig for meget. Når man brækker et ben skal man ikke bare begynde at løbe rundt, bare fordi du tror du træner, men det kan altså gøre mere skade. Det er lidt underligt for mig, når de ikke har undersøgt mig færdig, at de giver det der med anbefalinger om at skulle bevæge mig så meget som muligt uden at diagnosen er stillet endnu. Jeg har faktisk spurgt om det kan skade mig, fordi for meget bevægelse kan være skadeligt. Men diagnosen er ikke stillet endnu.

I: Men har de sagt til dig at du ikke må bevæge dig?

C: Nej de har sagt jeg SKAL bevæge mig.

I: Okay

C: Og når jeg spørger om det kan skade mig med bevægelse, så kan de ikke svare fordi de ikke kender årsagen til mine smerter endnu.

I: kender du mulighederne for at være fysisk aktiv her på afdelingen?

C: Nej jeg bliver kørt rundt i sengen, og kan ikke rigt stå op. Jeg kigger kun rundt når jeg bliver kørt. Jeg har fået sådan en brochurer om fysisk aktivitet. Jeg har ikke læst det hele, men de sagde jeg gerne måtte læse den. Men når jeg bare ligger her, så kan det være jeg læser den når jeg kan bevæge mig. Men så længe jeg ligger her, er jeg ikke opsøgende mulighederne for fysisk aktivitet.

I: I forbindelse med smerterne i benene, hvad sker der i forbindelse med mad?

C: Jamen det bliver leveret, for jeg kan ikke gå på nogen måde. Jeg har mange smerter der begrænser mine bevægelser.

I: Okay, så det er smerterne der begrænser dig?

C: ja, jeg vil gerne men kan bare ikke.

I: Okay, hvis du ikke havde smerter ville du så være aktiv her?

C: Selvfølgelig ville jeg gerne være aktiv, hvis sygdommen og helbredets begrænsninger ikke ligger der. Selvfølgelig vil jeg gerne have en fitness og en ??????, jeg vil gerne bruge det hvis jeg kan. Det er meget

meget vigtigt men det afhænger af sygdommen. Men det skal være fornuftigt, hvis det er der skal man selvfølgelig bruge det og det er dejligt hvis der er en mulighed.

I: Har personalet gjort dig opmærksom på at der er noget fællestræning om fredagen?

C: Jeg kan se den på tavlen der (plakat ophæng), men det er kun for gamle mennesker kan jeg se på billedet, jeg kan ikke læse teksten her fra. Så jeg tro ikke det er for mit tilfælde.

I: Har det gjort dig opmærksom på træningshjørnet dernede med motionscyklen og stepbænk og ..

C: Nej nej, men jeg kan se der står sådan et stepbræt der, som en anden patient måske har brugt. Men jeg vidste det ikke, det er en god ting du siger det til mig, men min tilstand er ikke til det, men måske hvis jeg fik det bedre.

I: Så det ville du bruge hvis du fik det bedre?

C: Ja helt sikkert

I: Hvis du nu havde mulighed for at vælge mellem at motionere på stuen eller på gangen, hvad ville du vælge?

C: Jamen det kommer igen an på min tilstand. Når jeg har det godt vil jeg gerne ud på gangen til de andre med dem, men når jeg har det så dårligt her, med smerter kan man ligefrem se det i mit ansigt. Det er fint for mig det står her, så kan jeg bruge det når jeg har tid og lyst til det.

I: Selv om du ikke kommer meget ud af sengen, er du så blevet præsenteret for aktivitetsskemaet?

C: Nej

I: (Martin fortæller om skemaet) Var det noget du godt gad være blevet opmærksomgjort på ved din indlæggelse?

C: Selvfølgelig, jeg skal have så meget information som muligt ikke også, som ny indlagt. Sådan at det skal være så nemt som muligt. For nu har jeg så ondt så kan jeg ikke bare sidde og ?.....? og de har ikke spurgt om jeg bruger briller, så nu ligger det bare der ikke også? Selvfølgelig skal det være dejligt med en opslagstavlen hvor alle ting står og hvis jeg har lyst kan jeg se alle tilbud også beskrivelsen. Der er et træningscenter. Det er rart med information, i stedet for man skal rende efter en person der kan give en svar. Den information kan da være et eller andet sted. I hvert fald bare om mulighederne, så kan jeg selv spørge mere ind til det.

I: Tilbage til skeamet, ville et sådanne kunne motivere dig til at gøre mere?

C: Nej jeg behøver ikke sætte streger for mig selv, men det afhænger af ens personlighed og hvem man er. For mig, behøver jeg ikke sætte streger for jeg kan styre det uden streger. Men bare en beskrivelse af alle muligheder.

I: Har du snakket med nogle af de andre patienter her på afdelingen?

C: Nej jeg har bare været på min stue.

I: Et lille tankeeksperiment: Tror du at træningshjørnet dernede kunne være en kilde til inspiration for patienterne? Til mere aktivitet eller socialt samvær?

C: Ikke bare sådan selve udstyret, men nærmere hvis der var en holdleder til det. Mennesker skal samles under et eller andet, måske de selv kommer og kigger for at se hvordan det kan bruges. Hvis der er en fælles politik om det, eks. om aften så samler man dem som kan gå rundet, og siger kom så drenge og piger så laver vi lidt øvelser, så er det noget helt andet, det er bare luksus.

I: Det var en god ide.

C: Ja en sygeplejerske kunne komme og tilkalde alle dem som kan fra værelserne, så kan hun sætte et bånd i fjernsynet og så kan man selv lave med, det kræver ikke så mange ressourcer.

I: Synes du der er noget man kan gøre om her på afdelingen? På gangen, stuen eller personalet i forhold til fysisk aktivitet.

C: Det ved jeg ikke..... Det er nemmere at svare på hvis jeg havde en anden fysisk tilstand.

I: Andre patienter har eks. nævnt elastikker ved sengene.

C: Ja det lyder smart for sådan nogle som mig i sengen. Det kunne være en god ide. Også nogle redskaber inde på stuen, som er nemt tilgængelige.

I: Hvad motivere dig til at være aktiv ?

C: Mit helbred selvfølgelig, hvordan man følger sig når man er aktiv. Men har en helt anden indstilling, man bliver mere positiv og verden ser helt anderledes ud når man er fysisk aktiv. Så det er meget motiverende, men det er et spørgsmål om prioriteter. Så det er med at prioriterer rigtigt, men jeg er overbevist om at alle ved det er sundt og fornuftigt og man skal gøre det. Men der er altid nogle der bare finder undskyldninger. Selvfølgelig vi skal i gang. År man kigger sig selv i spejlet kan også være motiverende.

Interview 4 - Interview med Dorte

I=Interviewer

I-2=Anden interviewer

D=Dorte

I: Hvordan vurderer du selv dit fysiske helbred?

D: altså lige nu der er det ikke så godt, men det er også fordi jeg har været indlagt i cirka 2 uger nu. Og det er først nu her jeg er begyndt at have energi til at kunne gå rundt og snakke med andre mennesker og sådan. Interagere ordentligt i verden igen. Hehe.

I: Yes, hvad har du hørt sådan fra personalet omkring vigtigheden af at være fysisk aktiv under indlæggelsen?

D: øhmm, det er altså ikke noget de har nævnt så meget, men det er tit så spørger de efter, når jeg har lagt i sengen, efter om jeg ikke vil gå med ud og kigge hvad der er af mad, og sådan de prøver at få mig lidt op og gå selv om at jeg har været meget bundet til sengen.

I: Yes, hvad har det betydet for dig, er du blevet informeret om hjørnet dernede?

D: Altså nu, lige da jeg kom på gangen her, der lå jeg faktisk i sengen dernede ved, vi snakkede også om at det kunne være at når jeg fik energi igen, så skulle jeg til at cykle lidt og sådan, gå rundt på gangene, for sådan at kunne opbygge musklerne igen.

I: Har det betydet noget for dig, at de(personalet) har informeret dig om det, har det betydet noget for dig, i forbindelse med at du kommer mere ud af sengen? Eller at du får rørt dig noget mere?

D: Altså det det det, de kommer altså lidt med en opbakning i stedet for bare at sige ”hey tror du ikke lige du skal ud og gå en tur” men så gør de lige som sådan, at man lige kan gå en tur derned(til madvognen) sammen og så bliver det sådan lidt, jeg ved ikke, hyggeligere?, sådan at komme i gang igen.

I: Det lyder godt. Hmm, Ja, og ehmm, hvilke muligheder for at være fysisk aktiv her på afdelingen har du kendskab til?

D: altså jeg kender jo den cykel der, og det at gå rundt og snakke med folk. Men ellers så er der ikke rigtig så meget.

I: Hvordan, det hele hænger måske lidt sammen, men hvordan har du fået kendskab til dem, hvordan har du det?

D: Jamen det er jo bare at de har haft sagt at der er den cykel til rådighed også har de snakket om at vinduerne har sådan en flot udsigt her omkring, at man jo kunne gå rundt på de forskellige afdelinger og kigge.

I: er du sådan , går du så nogen gange rundt på de andre afdelinger også eller nogle turer udenfor afdelingen?

D: Altså jeg har ikke været så meget udenfor 9Ø her, men jeg går engang imellem turen hen til vinduet og står og kigger lidt også går jeg over og tager noget saftvand og går tilbage igen og sætter mig lidt.

I-2: Ja her er fandme også flot!

I: Ja, så vil vi spørge om du har deltaget i fællestræning om fredagen?

D: nej det har jeg ikke haft mulighed for da, jeg blev indlagt i fredags, så den mulighed har jeg ikke haft endnu, men det kunne da godt være noget jeg kunne finde på at sætte mig ned til!

I: Ja, hvad kunne der være af motiverende faktorer fr dig for at kunne komme ud og være med?

D: Altså jeg tror faktisk min indre motivation er nok for mig lige nu, fordi jeg vil rigtig gerne have det godt igen. Det har nok også noget at gøre med jeg er gået rundt i et halvt år og haft ingen energi, fordi at der ikke er blevet taget ordentlig fat om min sygdom, men nu vil jeg bare gerne selv tilbage til det jeg havde før og i gang igen.

I: Selvfølgelig. Føler du, at du har mulighed for at benytte træningshjørnet nede i bunden af afdelingen?

D: Altså nu er der jo ikke så mange af de ældre der bruger det, så det er lidt begrænset hvor optaget det er, så ja, jeg ser det som en fri mulighed til at gå derned når det egentlig passer mig.

I: Nu ligger der eks. folk på gangene. Vil det være noget der betyder noget for dig? I forbindelse med at skulle sætte dig op og cykle eks.?

D: Nu så jeg her tidligere at der lå en helt nede direkte ved siden af den cykel, så jeg tænker at det kunne måske være noget der gjorde at man holdt sig lidt fra det. Fordi man vil jo heller ikke forstyrre hende(patienten i sengen ved cyklen), når hun sådan har fået plads der ind til videre. Fordi hvis hun er træt og gerne vil sove, så nytter det jo ikke noget at jeg ned og larmer og jeg ved ikke hvad.

I: Nej det er rigtigt, hmmm. Som du sagde før, så har du ikke været nede og træne endnu frivilligt. Men er du blevet gjort opmærksom på hvad der er udover cyklen dernede?

D: Nej

I: Okay

D: det har jeg ikke hørt noget om.

I: Okay, er du blevet gjort opmærksom på det skema der er omkring fysisk aktivitet i dagligdagen, et skema hvor der er alle ugens syv dage, og så er der nogle forskellige fysiske gøremål som eks. gå ud til madvognen, gå på toilettet, gå en tur op og ned af gangen.

D: Altså nej, for mig er det bare sådan noget jeg bare gør

I: Ja, men det er ikke noget der er blevet noteret af nogle

D: nej overhovedet ikke

I: Okay, taler du med nogle af de andre patienter herude om at kunne bevæge sig under sin indlæggelse?

D: jahh, vi har jo om aftenen får jeg sådan noget næring, via årerne, og der går jeg rundt med det der stativ der, så går vi at griner over vi skal have det med, men ikke ret meget ud over det. Altså når man går med sådan et stativ, kan man lige så godt gøre lidt sjov med det, i stedet for at se det hele som en byrde.

I: Mener du at træningshjørnet kunne være en kilde til inspiration til træning eller noget samtale og socialt samvær blandt patienterne er?

D: det ved jeg faktisk ikke for jeg synes det står sådan lidt pakket væk, som at det, ”nååree, nu stiller vi det lige derhen, indtil der er en eller anden der skal bruge det” eller sådan et eller andet. Det er ikke sådan direkte indbydende sådan at gå hen og sætte sig og cykle, det virker bare sådan som om den bare er blevet sat lidt væk.

I: ja. Så vist det nu blev rykket lidt tættere på måske, eller lidt mere centralt. Kunne det så bruges tror du?

D: jhhh, det tror jeg faktisk!

I: ja

D: Jeg ved ikke lige om det skal være sådan lige ved opholdsstuen(det mest centrale punkt), men sådan at der var nogle andre omkring en man lige kunne snakke med, eller i hvert fald se noget TV, eller sådan et eller andet

I: Synes du at der er noget ved træningshjørnet eller på stuen, eller omkring personalets rutiner altså sådan på hele afdelingen, der kan ændres på, sådan at fysisk aktivitet bliver mere tilgængeligt for patienterne?

D: Det ved jeg ikke, ikke lige sådan. Fordi jeg synes de er meget gode til at opfordre en til at gå en tur eller, bare det der med at vi selv siger arhhh, jeg skal nok lige gå ned med de glas der, i stedet for de gør det hele for os.

I: sidste spg. Hvad motiverer dig generelt til at komme ud af sengen og være aktiv.

D: jamen det er jo nok mest at jeg gerne vil have det godt igen og min krop den skal trænes op til jeg kan alt det jeg kunne før. Og så nok også lidt for min families skyld, fordi de har også været meget ramt af at jeg har været en uge her og en uge i Hjørring og jeg har også været en del igennem på den tid, så.. Så de vil også gerne have jeg bliver frisk igen, så bliver man også lidt gladere når der er nogle der bakker en op.

I: jhhh selvfølgelig

I: har du nogle spørgsmål eller noget du gerne vil tilføje?

D: Nej

I: Jamen så var det det.

Interview 5 - Interview med Erik

I=Interviewer

I-2=Anden interviewer

E=Erik

I: Godt vi kører.

I-2: Ja jeg lægger lige den her her.

E: Hvor kommer I fra?

I-2: Ude fra Aalborg Universitet. Og jeg hedder Christian og det er Martin.

E: Har I boet her i byen?

I: Ja.

I-2: Ja.

E: Okay, jeg er vendelbo, men det kan man jo ikke høre på mit sprog.

I: Det første spørgsmål det er, hvordan du selv vurderer dit fysiske helbred?

E: Fantastisk. Øh, ja det er faktisk rigtig godt, for nu skal jeg til Århus og blive bypasset, og der venter vi kun på tiden på den lever. Og jeg er blevet hjerteundersøgt, og det er aldrig gået så godt før med mit hjerte, selvom jeg har 2 stents i, og så blev jeg scannet her forleden i en stor scanner. Ingen problemer, for de vil have mig problemfri nede i Århus, ellers gider de ikke gøre det, og det kan jeg godt forstå. Og så har man en reaktionsprøve herinde. Du ved, når man hører lyden.

I-2: Hvornår har man den?

E: Lige når man kommer, til at begynde med. For de kan se en helt masse på den der reaktionsprøve, og første gang der koncentrerede jeg mig nok ikke helt godt nok om det. Hun måtte ikke sige noget om det hende der sad og lavede de der lydprøver, men så kom jeg igen anden gang efter 14 dage. Så sagde hun bare: det er langt bedre end den første. Og så var jeg deroppe tredje gang, og der vidste jeg, at jeg havde lavet en fejl inden resultatet kom. Ja det kunne hun se næsten ved min hovedbevægelse. Men så har der lige været en kvindelig læge og sagt, at du kan komme hjem igen når posen er fuld, og så siger hun, at reaktionsprøven aldrig har været så god før. Jeg har simpelthen kun fået plusser.

I-2: Sådan.

E: Men selvfølgelig har jeg også levet med de her ting, og så vil jeg sige, at alle de her piller og medicin jeg har fået, har holdt mig i live. Men jeg tror også, at det har noget at gøre med tankegangen og måden at leve på. For jeg har aldrig været negativ, eller passiv. Den har bare roteret deroppe hele tiden, mere end nogensinde.

I: Næste spørgsmål er, hvad du har hørt fra personalet om vigtigheden af at være fysisk aktiv mens du er indlagt?

E: Altså de lavede nogle prøver på mig for længe siden, og der ville de have mig op og rulle på sådan et løbebånd, og det stod sådan her op i luften, og så sagde jeg det kan jeg ikke, og det vil jeg ikke. For jeg

mangler de 3 nederste rygsøjler. De er slidt op. Jeg kunne simpelthen ikke gøre det fysisk. Og så blev de sure, for jeg skulle igennem alle de prøver der.

I: Har de fortalt dig hvad det kunne gøre for dig?

E: Nej ikke andet end at de ville se hvor meget kondi jeg havde, eller måle et eller andet.

I: Hvad med her på afdelingen?

E: Ikke noget. Den er så stresset i vore dage. Nu har jeg ligget her i 2 nætter, og de løber hele tiden og kan ikke følge med alligevel. Og så er de meget tomhændede. Det er som om, at hvis de havde arbejdet som en lille enhed med en boss, så havde de kunne arbejde på en helt andet måde. Og lige nu er man igang med at finde ud af, om hver patient ikke skal have sin egen læge. Og det sagde jeg ja til, og det glæder jeg mig til at man har den samme læge og ikke 35 andre læger. Du ved når man kommer herind igen og sådan noget. Det tror jeg bliver meget mere effektivt.

I: Ja, i forhold til at blive informeret om den fysiske aktivitet. Har det betydet noget for dig at få noget af vide omkring den fysiske aktivitet?

E: Ja fordi jeg sagde, at så vil jeg tage i svømmehal og tage nogle ture, og så sagde de, at det må du ikke, for det kan dit hjerte ikke holde til. Men det var en 10-15 år siden.

I-2: Ja okay. Men der er heller ikke nogle nu her, der spørger om du ikke vil med ud og gå en tur?

E: Overhovedet ikke. Der sker intet i den grad her.

I-2: Har du hørt noget om hjørnet hernede?

E: Nej slet ikke. Selvom jeg har snakket med mange medpatienter og sådan noget.

I-2: Så der er ingen der opfordrer til at lave noget fysisk aktivitet?

E: Nej.

I-2: Har du hørt, at der er sådan noget gymnastik om fredagen?

E: Jeg tror heller ikke det er nødvendigt herude, at få noget motion, for man skal koncentrere sig om nogle andre ting bl.a. ens egen sygdom, og så kan du jo tage hjem og begynde at motionere, for at få tiden til at gå eller noget andet ikke? Jeg har en bror der begyndte at motionere, og han kedede sig når han gik rundt om Hjallerup sø, men så efter han fik sådan nogle høretelefoner og fik indspillet nogle bøger, kedede han sig ikke. Og så kunne han fortælle om det ene og det andet, fra de der bøger der blev læst op. Det tror jeg er den rigtig måde at gøre det på.

I: Føler du, at du keder dig når du ligger her?

E: Nej, for min aktivitet oppe i hjernen den er mange andre steder.

I: Ja okay. Der er sådan noget fællestræning her om fredagen. Har du hørt om det?

E: Nej. For dengang jeg blev opereret i hjertet, var jeg til sådan noget fællestræning nede i lobbyen. Der handlede det mere om hygge og hvem der kunne have kage med til næste gang. Så kunne de måske lige sparke til en bold, og så var tiden forbi. Det er ikke derfor jeg ville være med til sådan noget. Det skulle være for, at få mere viden om mit helbred.

I: Nej okay. Har de gjort dig opmærksom på cyklen dernede?

E: Nej overhovedet slet ikke.

I-2: Er der noget der kunne få dig til at lave noget hernede? Er der f.eks. noget der kunne få dig til at gå ned og bruge den cykel der?

E: Nej jeg vil hellere gå hen og sige til nogle der har lidt problemer, og så begynde at snakke lidt med dem, fordi så kan jeg begynde at fortælle lidt om de problemer jeg har, og komme meget hurtigere over dem. For det tror jeg er en vigtig viden for dem der hele tiden er negative, og jeg er lige det modsatte.

I: Der er lidt mere at spørge om her. Der er sådan et skema her på afdelingen omkring fysisk aktivitet i løbet af ugens 7 dage, og så er der nogle forskellige aktiviteter. F.eks. at gå på toilettet, gå hen til madvognen. Er det noget du er blevet gjort opmærksom på?

E: Nej.

I: Er det noget du kunne have brugt til noget?

E: Nej det kunne jeg ikke.

I: Taler du med nogle af de andre patienter heroppe om at bevæge sig?

E: Nej, og det er fordi det kender jeg ikke ret meget til selv.

I: Men føler du så mere, at træningshjørnet er kilde til inspiration og samtale?

E: Nej.

I: Synes du man her på afdelingen kunne gøre noget for at promovere fysisk aktivitet noget mere? Så det kunne blive gjort mere tilgængeligt.

E: Altså den måde vi spiser på synes jeg er forkert. De henter en tallerken, eller også henter vi selv en tallerken, men det jeg savner det er et fællesskab som man havde før i tiden ved spisebordet. Så folk kunne mere komme ud fra stuerne og samles henne i opholdsstuen for at få noget at spise. Det var det vi gjorde i gamle dage.

I: Ja, føler du der er noget omkring hjørnet der kunne gøres noget ved?

E: Nej ikke lige umiddelbart. Det er måske noget du kan tage op flere måneder efter.

I: Okay. Så har vi ikke flere spørgsmål. Tak for din tid.

Interview 6 - Interview med Frida

I=Interviewer

F=Frida

I: Okay, jeg hedder Christian og det kan være du vil sige dit navn?

F: Jeg hedder Frida

I: Ja tak. Øhm, hvordan hvis du sådan selv skulle vurdere dit fysiske helbred både inden du er blevet syg og så nu her. Kan du sætte nogle ord på det?

F: Jamen inden jeg kom ind der var jeg sådan i topform fordi jeg godt kan lide og løbe, og jeg er en person der løber. Men altså, jeg er en person der også kan gå lange ture, men lige nu synes jeg godt nok jeg har mistet rigtig mange kræfter. Det er en meget hård tid.

I: Over hvor lang tid?

F: Jamen bare på den her uge.

I: Bare på en uge?

F: Ja, men det er klart at jeg slet ikke er i topform, men det går også hurtigt den anden vej hver dag får jeg det bedre. Det er en blanding af at man har ligget med høj feber ikke også?

I: Ja jo selvfølgelig.

F: Og så helt stille i virkeligheden.

I: Ja.

F: Og så hvis man er vant til det i forvejen, så går det jo endnu hurtigere nedad. Hvis man er vant til at gå meget og så ligepludselig laver ingenting, så går det hurtigt.

I: Jaaaa.

F: Ja man kan vænne sig til meget.

F: Ja for selvfølgelig nok den form jeg havde i forvejen, fordi så går det også hurtigere når først man kommer igang med at lave noget igen så kommer det hurtigere tilbage til topformen. Men det er hårdt at komme igang og komme ud af sengen.

I: Ja det er i hvert fald også min opfattelse. Men det var også der sådan i forhold til, at hvor aktiv man havde været inden og hvad man så føler nu her.

F: Ja.

I: Okay, men udmærket. Øøøh, så er det næste, om du har hørt noget heroppe? Det lyder til du egentlig selv godt ved hvor vigtigt det er at være sådan nogenlunde aktiv. Er det noget du har hørt heroppe under din indlæggelse.

F: For første gang i dag.

I: For først gang i dag?

F: Ja.

I: Siden søndag?

F: Ja. Men jeg har heller ikke været i stand til at gøre noget. Sååå, men de kom og sagde at der var holdtræning i dag. Om jeg kunne tænke mig at være med.

I: Og var du med til det?

F: Nej det var jeg ikke. Jeg er ikke typen der går ned og er med til sådan noget. Det har jeg simpelthen ikke lyst til.

I: Nej men det er jo også helt forståeligt. Så kunne jeg også forestille mig at det der med at sætte sig og cykle...

F: Det kunne jeg bedre finde på.

I: Okay, det kunne du bedre finde på.

F: Ja.

I: Er det mere fordi der er mange mennesker eller?

F: Jaaaa, jeg gider ikke være social med folk der er her. Altså, det siger mig intet.

I: Det er også fair. Det er jo bare... Men det kan jo også være at det eneste man har tilfælles det er at være syg.

F: Ja ja. Jeg er heller ikke til det normalt privat. Altså til sådan noget gymnastik eller holdtræning. Jo håndbold hvis det skulle.

I: Der kan man også vinde noget kan man sige. Det er lidt mere konkurrence.

F: Ja nej det er ikke mig det der. Det tror jeg simpelthen har noget med det at gøre.

I: Men så kunne man godt forestille sig, at det heller ikke var så sjovt at sidde til offentligt skue på en cykel. Det er der jo nogle der også har sagt, at det der med at sidde og svede...

F: Ja det kunne jeg egentlig godt følge, men det ville nu ikke røre mig her. Men det kunne jeg egentlig godt forstå, hvis der var nogle der havde det sådan.

I: Ja okay ja. Det er jo fair nok. Øhm okay.

F: Men så kunne man måske sætte en halvæg op så det er skærmet lidt af.

I: Lige præcis. Men det er ved at blive presset når der nu også ligger nogle dernede på gangene, så er der godt nok. Så kan man næsten ikke være der.

F: Jaaa det er rigtigt.

I: Men øh. Hvad så når de kommer og siger det til? Nu ved jeg godt din tilstand måske ikke lige sådan har gjort det muligt for dig at lave så meget, men betyder det noget at de kommer også siger det til dig, eller var du godt klar over at det med at træne?

F: Jeg var ikke klar over det var der, så jeg har fundet ud af det selv ved at det står vist lige ude foran døren, men det havde jeg ikke lagt mærke til overhovedet. Hehe, den ligger lige foran hovedet på en. Men det har jeg ikke, og jeg har sgu nok heller ikke fået læst det information, for det siger mig bare ingenting. Men jeg er heller ikke typen der ville gøre det på en ferie f.eks., hvor nogle andre hvis der er nogle arrangementer og sådan noget. Det gider jeg heller ikke. Så jeg tror mig lige præcis, ville ikke have lyst til at deltage i det der.

I: Det kender jeg kun alt for godt. Du behøver ikke komme med på den der. Øhm, ja sådan lidt mere aktuelt. Hvad har du kendskab til af muligheder her på afdeling, altså til at lave sådan noget fysisk udover det holdtræning?

F: Ja det er og cyklen, det er hvad jeg ved. Ja jeg bare, det er noget jeg selv har regnet ud at det var der for en, at man kunne gå ned og sætte sig i det.

I: Jaja okay.

F: Der er ikke nogle der har fortalt mig.

I: Heller ikke nogle sygeplejersker?

F: Nej.

I: Altså holdtræning blev sagt, men ikke det med cyklen?

F: Ja lige i dag, men de har ikke sagt noget de andre dage.

I: Nåh men så ved du måske heller ikke at der er sådan en stepbænk og der er lidt elastikker og sådan noget man lige kan stå med?.

F: Nej.

I: Nej, der kan man bare se. Øhm, hvad med sådan noget med at gå en tur eller sådan noget? Det er ikke noget de sådan opfordrer til? Det kunne de sagde, at hvis du kan gå, så synes vi du skal gå, og hente maden selv og hente...

F: Jo altså, nu ved jeg ikke om de har sagt det, men jeg ved at hvis man kan så gør man det.

I: Jo, men der er også nogle der læner sig lidt tilbage og tænker på, at kaffen trods alt er lækker.

F: Jaja. Når jeg nu får det skidt så synes jeg også det er dejligt at få det bragt. Men hvis jeg sagde noget nu, så tror jeg de ville reagere og sige at jeg selv skulle hente det.

I: Det er jo også noget med lige at opfordre til at gå en tur. Har du været nede og se udsigten?

F: Ja nej det har de ikke gjort, men jeg har været nede og kigge.

I: Men tror det er på baggrund af hvordan du har haft det eller?

F: Ja og ellers så er det fordi jeg selv er begyndt at gøre det.

I: Ja okay, ja selvfølgelig. Der er jo ikke nogen grund til at spørge om du vil...

F: Jeg kunne godt forestille mig det med at det godt kunne være en lidelse for folk. At man ligger der, og man orker fandeme ikke at gå ud af sengen. Så det kan jeg faktisk snildt sætte mig ind i.

I: Ja og så kunne sådan nogle små hentydninger måske også være gode, altså uden at det blev for voldsomt af dem.

F: Ja det tror jeg godt, men det tror jeg egentlig nok også at personalet godt kan gøre i de situationer hvor det er nødvendigt.

I: Jaja så bliver det jo også lidt en vurdering. Men det er jo også godt nok, at man ikke bliver... Det kan også være et nederlag hvis de siger, at jeg synes du skal gå ud selv og gøre det, og at man så ikke kan. Så er det jo faktisk modsat effekt. Nåh øhm, så er der et spørgsmål om, hvordan du har fået kendskab til de her muligheder med cyklen og sådan noget, men det har du jo svaret på at det er lidt dig selv, og så i dag fik du...

F: Ja i dag der kom de med det der informant, men cyklen den havde jeg set den stod der og pyntede. Så må man se om man kan gøre det sådan.

I: Mulighederne for at være fysisk aktiv, synes du de er gode, eller er det?

F: Jamen jeg synes da det er et fint initiativ for især folk der er her i lang tid ikke? Så begynder det da at ja... Og rigtig mange kan også godt lide at være til sådan noget hold og træne og sådan noget. Så jeg tror jeg da ikke det er nogen dum idé.

I: Og hvad med det med den cykel, har du set nogle der har brugt den til gengæld?

F: Nej det har jeg så ikke.

I: Nej det har vi heller ikke.

F: Men jeg tror jeg måske var noget personalet skulle blive ved med at opfordre til.

I: Ja de kunne lige fortælle om at den står der og...

F: Måske prøve, hvis det er en person der er på det punkt fysisk, skal vi lige prøve og hjælpe dig ned? Lige give det første skub ikke?

I: Jojo helt klart. Det kunne være en ganske udmærket idé. Øhm, om du har deltaget, det har du så ikke og det har du også svaret på hvorfor. Øhm, når du så har kigget ned i hjørnet, tænker du så at... du har jo egentlig sagt, at du godt kunne finde på at bruge den cykel der.

F: Jeg tror ikke jeg ville sidde der i ret lang tid, men jeg kunne godt finde på lige at sidde der er en 5-6 minutter. Jeg ville ikke sidde der til jeg begyndte at svede og sådan noget. Det er ikke der man er tror jeg, når man er indlagt heroppe. Det er jo ikke fordi man skal ud og have en træningstime.

I: Nej det er ikke en spinning-lektion.

F: Nej det er jo det. Men jeg kunne sagtens finde på at sætte mig op på sådan en, det kunne jeg finde på at gøre mange steder. Der er jeg ligeglad med at folk kigger.

I: Jaja okay, hvad tænker du hvis man sådan nu kunne... Nu hørte jeg jo, at du vidste ikke der var sådan en elastik og den der stepbænk f.eks.. Hvad hvis man kunne have elastikken med herind, og så ligge ligeså stille i sengen og gøre noget?

F: Det ville være virkelig godt for mig, for jeg har dårlig ryg. Jeg har sådan et derhjemme, sådan et gummi...

I: Jaja det er jo sådan en lang, tynd plastik... nej gummi ja.

F: Ja der kan jeg mærke, der tror jeg sgu jeg ville begynde at bruge det.

I: Ja og så ligeså stille sådan. Men det er jo også en udfordring, hvis man ikke ved at det er der. Det var bare om man kunne tænke lidt ud af boksen, at det ikke behøvede at være.

F: Jamen det tror jeg ville være en rigtig god idé at montere elastikker på alle senge.

I: Ja så kunne den bare hænge der, og så kunne man bare hive lidt i den.

F: For det er jo nok for nogle, altså nu kender jeg jo godt elastikkerne. Men for folk der skal bruge sådan noget for første gang, så skal man passe lidt på. Det kan jo gøre det værre altså.

I: Ja så kunne man lige have en lille hjælp.

F: Men ja så bruger du jo arm-musklerne ikke?

I: Ja overkroppen.

F: Ja, den kunne jeg skide godt tænke mig. Den var god. Så har jeg fået den fra før.

I: Nåh ja fra før?

F: Ja jeg sådan en elastik derhjemme.

I: Jaja men hvis man ikke kender muligheden, så kommer man aldrig til at gøre det kan man sige.

F: Nej så skulle man skaffe sådan noget.

I: Nej men de ligger nede ved siden af cyklen.

F: Nåh! Som man bare kan låne eller hvad?

I: Jeg tror gerne du bare må låne den ja. Jeg har ikke set, at de er låst fast dernede. Det tror jeg ikke de er.

F: Nåh!

I: Men jeg ved ikke, der er mange...

F: Jeg må vist lige nede og lure.

I: Ja de kunne jo hænge lige der. Så får alle den med hjem.

F: Ja så bliver der da virkelig mulighed for at gøre nogle ting ikke?

I: Nåh, øhm. Det skema, det er nok også første gang du ser det?

F: Jaaaa, jeg har ikke læst hvad der står derpå.

I: Nej men det er bare mere om I har... Sådan et skema, hvor der står ugens dage og så står lige nogle aktiviteter nedad. Det er sådan, at man kan sætte en streg hvis man har gået ned til madvognen, eller man har været på toilet. Altså hvis man selv er gået derud.

F: Altså jeg har selv redt min seng, hvis den står der. Det gør den nok ikke hehe.

I: Har du selv redt den?

F: Jaaaa det gjorde jeg da også igår. Der var jeg hjemme og sove.

I: Nåh! Jamen okay, det er fint nok.

F: Det er jo når de allerede har så travlt, så kan man jo ligeså godt hjælpe. Jeg kan godt forstå de ikke altid har...

I: Ja og så skulle spørge om sådan noget her ikke? Men det har du ikke set det med skemaet?

F: Nej det har jeg ikke.

I: Men det er jo for at gøre det lidt nemmere, istedet for at de skal gå og huske på hvad var det nu lige hun lavede igår og så kan man se det. Okay hun skal slet ikke bruge hjælp herinde. Og så går man jo videre.

F: Altså der er jo nogle af dem her jeg godt kunne sætte streg ved.

I: Nåh ja men okay. Så er det et lidt sjovt et her. Det er om du er blevet gjort opmærksom på det her skema. Hvis ja, om du selv udfylder det. Hvis nej, hvem udfylder det da? Men der er overhovedet ingen der ved det.

F: Ja det ved jeg ikke, for jeg er ikke blevet gjort opmærksom på det her. Det er ikke mig der har sat den dato der. Det ved jeg ikke hvem det er.

I: Det er da heller ikke d. 14/4. Det er 14 dage siden.

F: Nej det har jeg slet ikke kendskab til.

I: Øhm, ja så om du har snakket med nogle af de andre patienter om at være fysisk aktiv?

F: Nej jeg har slet ikke snakket med nogle.

I: Nej okay, det er jo også bare midlertidigt og det er et sted man skal væk fra.

F: Jaaa men jeg har simpelthen haft det så skidt.

I: Nåh så det har været noget med at du slet ikke har kunne det eller sådan noget?

F: Ja det er nok det, når man sådan set syner og sådan. Så ved jeg faktisk ikke helt hvem jeg har snakket med. Nej ja jeg har set en del læger.

I: Nåh, 2 spørgsmål mere. Om træningshjørnet er en kilde til snak og inspiration? Men det kan du jo så heller ikke svare på.

F: Nej.

I: Øhm, tænker du der er noget man kunne gøre bedre? Nu var du lidt inde på det der. Altså noget der måske kunne have fået dig mere ud af sengen?

F: Det ville helt sikkert have hjulpet for mig med de elastikker. Men jeg kunne jo slet ikke noget i starten, men i den periode man er på vej tilbage altså. Der ville jeg gerne have haft lidt mere at lave.

I: Hvad med, nu står der jo den stepbænk dernede, hvad med hvis den stod ovre i hjørnet? Ville det så være noget man kunne tage et par skridt på engang imellem?

F: Det kunne man sagtens, fordi så kunne man jo gøre det når man alligevel skulle ud og hente noget at drikke. Det kunne jeg sagtens sige til at mig selv, at nu tager vi lige 10 skridt nu, og så 10 når jeg kommer tilbage. Hvorend nu man er altså.

I: Helt klart. Altså det er jo ikke så meget om man tager de 10 eller 20, det er bare det at man gør det. Det er jo det der sådan er det første skridt.

F: Men hvis man skulle have dem inde på stuen ville de nok rode lidt mere og måske komme i vejen for personalet, men så skulle der måske være nogle stykker man kunne låne.

I: Men elastikker kunne der jo godt hænge mange af, de koster jo ingenting. Men det er selvfølgelig rigtig med den stepbænk, at hvis der skulle stå en til alle.

F: Jamen sådan en elastik kan de hurtigt se, hvor er det muligt og hvor er det ikke muligt? Nogle er så svage, så det er nok ikke lige der de skal prioritere at der hænger noget at træne med så. Men jeg tror, at der ville være større chance, at hvis man måske får tilbuddet tidligere i fasen, hvis det samtidig kunne være tættere på.

I: Og sidste spørgsmål. Det er sådan, hvad der generelt motiverer dig til at komme ud af sengen? Altså nu bliver det her jo sådan meget noget med træning, men bare det at gå en tur er jo ligeså vigtigt i alt det her.

F: Ja, men det motiverer mig jo, at jeg gerne vil hurtigt hjem.

I: Ja, og ser du det som en del af at kunne komme hurtigere hjem?

F: I mit tilfælde kan jeg ikke gøre noget ved det, for det er antibiotikaen, der skal slå. Så jeg er ikke selv herre over at det går stærkere, men jeg er herre over, at jeg så kommer dertil, så har jeg holdt mig igang og at jeg så er mere klar når jeg kommer hjem. Så hvis jeg først skulle til at samle kræfter når jeg kommer hjem, så ville det gå langsommere.

I: Men er det noget du selv har ræsoneret dig frem til?

F: Fuldstændig.

I: For det kan man jo også sige, det er jo fuldstændig det samme med ældre der så går ud og vælter bagefter. Det er jo fordi de ikke vedligeholder det de kommer fra.

F: Ja det er rigtigt.

I: Men det er ikke noget de sådan prøver at pakke dig på? Det lyder så negativt ikke også, men altså.

F: Nej det synes jeg ikke. Nej slet ikke vil jeg næsten sige.

I: Men det kræver overskud ikke? Det kræver meget overskud at tænke, at det her kun er midlertidigt.

F: Ja det er rigtigt, det skal man tænke lidt over. Men for mig har det været lidt mere negativt, fordi jeg har haft det som jeg har haft det. For nu skal jeg først hjem mandag ikke, og det er også lang tid synes jeg.

I: Ja det kræver noget af en selv.

F: Ja og gerne hjælp af to personer. For først at komme op og så kunne komme lidt rundt. Ja for der er jo masser af dele, og så måske bare arbejde med noget af det.

I: Ja for du er jo ikke bare et stykke kød, du er jo masser af små stykker.

F: Ja og så hvis man binder en knude, så kan man jo næsten bare sidde sådan her ikke? Eller trække den vej eller.

I: Ja okay. Men jeg tror egentlig det sådan set var det. Jeg ved ikke om der er noget du gerne vil tilføje om et eller andet?

F: Næh, jeg synes det er sjovt, at der er nogle der arbejder med tingene.

I: Ja, når der jo ikke er særlig mange penge i det her, så skal vi virkelig bruge dem bedst muligt. Så duer det ikke, at de har en eller anden cykel, og de printer alle mulige skemaer og bruger en halv time af deres tid på det der, en halv time på noget andet.

F: Er det noget de har lavet det der skema?

I: Ja.

F: Jamen det forstår jeg slet ikke at gøre noget mere opmærksom på så.

I: Jeg tror det er rigtig rigtig tralvt, men nu skal jeg ikke kunne sige noget her, men det kan også være, at de har vurderet at det ikke giver mening for dig. Det er spild af din tid, og du er så frisk.

F: Jamen der synes jeg alligevel at jeg ligger lige på hårgrænsen, for så frisk er jeg alligevel heller ikke. Jeg er lige i overgangsfasen ikke? Altså meget af det her kunne jeg jo godt have gjort.

I: Ja så kan du jo lige overveje det, og så sætte en streg hvis du kommer derud selv.

F: Ja min vurdering af opholdet her, så vil jeg mene at de slet ikke har tid til at hjælpe altså. Altså sådan en aften som igår var frygtelig. Der var så overfyldt. Nu skulle jeg jo så hjem der ved 20-tiden, men der ved

aftensmaden var der slet ikke tid til alle patienter, og patienterne fik ikke den tid de skulle have. Men jeg synes godt nok det er synd for personalet, at de har så travlt.

I: Men det er jo derfor man skal finde ud af noget, som ikke kræver, at de ligesom skal give jer træning. Altså et eller andet, hvor det kun en kræver en brøkdelt af tiden, og så kan man selv klare det.

F: Jaja, hvor de så ligesom siger, at nu hjælper jeg dig lige igang, så kan du selv klare det. Og så bruger kræfterne der hvor det er allerværst.

I: Men nu kan man jo også sige, at alderen spænder bredt her på afdelingen og fysisk aktivitet gerne skal være for alle.

F: Ja det er rigtigt, og her den anden dag så jeg da nogle af de ældre være ude og gå, mens min mand var her. Der kunne de jo ikke gå så langt, og måtte sætte sig ned på halvvejen, og jeg havde jo min mand ved min side, så kunne han jo hjælpe mig lidt længere, så derfor synes jeg helt klart også, at pårørende spiller en rolle i motivationen.

I: Ja, men du skal have tusind tak for din tid, og så får jeg lige den her stoppet.

Interview 7 - Interview med Johnny

I=Interviewer

J=Johnny

I: Det første er, hvordan du selv vurderer dit fysiske helbred. På godt og ondt, alt.

J: Jamen jeg har det nogenlunde lige nu, men har jeg skavanker lige pludselig.

I: Bevæger du dig til daglig?

J: Jo jeg bevæger mig, men ikke så meget. Jeg må helst ikke belaste det for meget.

I: Overhovedet ikke?

J: Jo lidt, men ikke meget.

I: Og hvor længe har det været sådan?

J: Jamen for lidt siden, der fik jeg amputeret storetåen.

I: Men du ligner jo en der er i god form, du ligner ikke en der bare har siddet ned og fuldstændig...

J: Ja god form det ved jeg nu ikke.

I: Nej nej men du ved.

J: Jeg kunne godt bruge en 10-15 kilo mere hehe.

I: Jojo, men omvendt er der jo nogle der godt kunne bruge at smide 10-15 kilo.

J: Det værste er jo at man ikke kan tage på.

I: Ja det er rigtigt, hvis det er det man gerne vil altså.

J: Ja for jeg taber mig jo og taber mig jo, men jeg tager dem ikke på igen. Indenfor det sidste år der har jeg tabt 10-15 kilo, og kan ikke tage dem på igen. Det er derfor jeg skal herind og have ernæring, men nu siger de godt nok at jeg er på 67, men det tror jeg ikke helt på. Det er nok fordi jeg har væske i benene. Men nu skal jeg hjem og sove i nat.

I: Men det gør det jo også svært for dig at være aktiv herinde med det væske i benene. Ikke at kunne...

J: Jo jeg er da nede og ryge engang imellem, sååå.

I: Nå okay, går du så derned så? Med krykker?

J: Nej nej det gør jeg uden.

I: I forhold til det med at være aktiv. Er det noget du har hørt er vigtigt? Er det noget de fortæller?

J: Altså nogle af dem, ikke alle. Men pårørende de er gode til det.

I: Okay, men ikke nogle af dem på afdelingen eller noget?

J: Det er ikke så tid de siger det nej. Det er mere det med at komme ud af sengen.

I: Siger de noget til det så?

J: Ja hvis man ligger for meget. Så kan de godt sige noget. Ja de vil rigtig gerne have folk ud af sengen.

I: Okay men det er da altid noget.

J: Ja jeg synes nu det er noget fis.

I: Kan det blive for meget eller hvad?

J: Ja når man ligger herinde og fandeme er dårlig, og så bliver man nærmest jaget ud af sengen. Det er noget de f.eks. skal lade være med, hvis man gerne vil sove længe.

I: Betyder det noget for dig, når de siger at du sover for længe, og at du gerne skal have noget blodomløb igennem? Er det vigtigt, eller vidste du det godt selv?

J: Jo men det ved jeg da. Man skal jo bevæge sig, for at få gang i omløbet. Det er ikke altid lige nemt.

I: Ja det er nemt at sige, men ikke altid at gøre.

J: Men nogle gange har jeg ikke problemer med at røre mig. Det var mere dengang jeg havde smerter i foden og benet, men det har jeg ikke mere.

I: Ja det hjælper jo lidt på det.

J: Ja det er lidt mere besværligt når man har smerter, for det er fandeme ikke sjovt.

I: Så vil du sige, at selvom sår-sygeplejersken ikke havde sagt det, ville du alligevel lave lidt?

J: Jojo, det ved jeg godt. Jeg har det sådan, at jeg kan ikke bare sidde på min røv.

I: Nej og det kommer man ellers nemt til herinde kunne jeg forestille mig.

J: Ja det er fandeme nemt herinde. Der er jo ikke noget at foretage sig herinde.

I: Lige apropos det, nu sagde du at du først lige i dag havde hørt om cyklen.

J: Ja nu var det først i dag at sygeplejersken nævnte det, men nu kom jeg også først ind igår.

I: Jojo det er selvfølgelig klart, men alligevel.

J: Men de andre gange synes jeg ikke at sygeplejerskerne de sådan har nævnt motionscykel og det.

I: Så udover den cykel, ved du så om der er andre muligheder for at lave noget heroppe?

J: Næ, jeg kan ikke lige komme i tanke om noget.

I: Nej for der er nemlig også for dem som ikke kan gå, elastikker, som man gerne må låne og sætte fast dernede og lave noget for armene.

J: Nej det ved jeg ikke noget om.

I: Nej det er klart, hvordan skulle man også vide det, hvis man ikke får noget af vide?

J: Nej nu har jeg heller aldrig været den store sportsmand og sådan. Sport det er ikke noget der siger mig noget.

I: Ja nu har du jo også svaret lidt på det næste. Spørgsmålet er hvordan du har fået kendskab til de muligheder der så er, men det er jo så sygeplejersken, der har fortalt om 1 mulighed.

J: Ja.

I: Ja for der er jo også nogle stepbænke.

J: Ja jeg har set en stå dernede. Jeg har bare ikke lige tænkt på hvad den hed. Sådan en skammel.

I: Ja jeg ved heller ikke hvad den hedder. Måske en stepbænk.

J: Men ja jeg har set det er sådan en til lige at træde op på.

I: Ja træde op og træde ned, og jeg tror endda man må låne den med ind på stuen. Jeg ved det faktisk ikke helt. Hvordan oplever du mulighederne for det at være aktiv her på afdelingen?

J: Ja jeg synes jo ikke der er andre muligheder en den cykel og så stepbænken, men jeg ved ikke hvad der på de forskellige afdelinger.

I: Hvad med sådan noget som bare at gå ture? Er det frit nok?

J: Jaja det kan man sagtens. Jeg siger altid til dem hvis jeg går nogle steder, så de ikke går og leder efter mig. Og hvis de så skal mig noget, kan de ringe efter mig. De har mit telefonnummer, så jeg nævner det altid når jeg går nogle steder, hvis ellers jeg kan finde en. Om aftenen er der ikke så mange, men der er det heller ikke så tit at de lige mangler en.

I: Jeg kan så også forstå, at du heller ikke har deltaget i det fællestræning? Vidste du der var sådan noget fællestræning heroppe?

J: Næ. Men der hænger da en seddel lige der! Det må da være den.

I: Nej men det har du selvfølgelig heller ikke været med til. Nu har du kun været her siden igår, men har du følt at der har været fri afbenyttelse af træningshjørnet?

J: Det ved jeg ikke. Jeg har først hørt om cyklen i dag hehe.

I: Jaja så er det jo klart nok.

J: Det er faktisk også først i dag jeg har set den skammel dernede.

I: Har du fået sådan et skema med alle ugedagene, og så er der sådan nogle helt basale aktiviteter man kan sætte streg ved? Sådan noget som at gå på toilettet, hentet mad ved madvognen, gået en tur.

J: Næ. Den har jeg ikke set. Er det noget man selv skal udfylde?

I: Ja så sætter man en streg.

J: Nej den har jeg ikke set, men nu er jeg jo heller ikke indlagt fordi jeg er syg. Jeg er faktisk bare indlagt fordi jeg skal have indlagt det her hickmann. Så får jeg ernæring derigennem.

I: Ah, så skal man lige ind forbi?

J: Ja fordi jeg selv skal styre det, så skal jeg lige lære om det.

I: Nå ja det er klart.

J: Så det er sådan set ikke fordi jeg er syg at jeg ligger her. Det er bare for at få noget ernæring, så jeg kan tage nogle kilo på. Jeg håbede ellers det kunne vente til det var overstået med foden men det blev så nu. Nej men hvis det skulle ske samtidig med at jeg skulle have amputeret foden, ville det nok lige være voldsomt nok.

I: Det kan man jo også godt forstå. Hold da op for en omgang. Øh, har du nået at snakke med nogle af de andre patienter mens du har været her?

J: Jojo.

I: Har noget af det handlet om, noget med fysisk aktivitet?

J: Nej det har bare været ren hyggesnak. Nej nu er jeg jo heller ikke interesseret i sport så det er ikke rigtig noget jeg snakker om.

I: Ja og så lige her til sidst, er der noget du synes de kunne blive bedre til heroppe? Havde du nået en tur på cyklen hvis du havde fået det af vide igår?

J: Nej jeg havde noget ikke tænkt på at tage en tur på cyklen igår.

I: Heller ikke hvis de havde fortalt dig tingene lidt før?

J: Hvis man havde fået det af vide når man kom ind kunne det godt være, at det kunne have gjort noget. Det kommer også an på hvor mange ture jeg går. Ja bare det man kommer op og rører sig. Ja bare op og sidde i en stol i stedet for at ligge i sengen.

I: Ja man tror det ikke, men det gør jo så meget i forhold til at ligge i sengen.

J: Ja nu mange gange hvor jeg ikke kan ligge rigtigt, så er det faktisk meget rarere bare at komme op og sidde i stolen. Men ikke hvis man er så dårlig at man ikke er i stand til noget som helst.

I: Helt klart, og jeg snakkede med en dame der havde haft 40 i feber her den anden dag, og så har man slet ikke lyst til det.

J: Ja jeg kom ind i februar, og der fik jeg så meget antibiotika at jeg ikke måtte få mere. Og der var infektionstallene stadig op på, jeg tror det var 63 de lå på. Men der kunne jeg jo ingenting. Jeg havde det jo egentlig godt nok, men jeg var meget meget afkræftet. Og jeg tog først 14 kilo på, men det var jo væske i kroppen. Jeg lignede jo sateme sådan en michelin-mand. Så tabte jeg de 14 kilo igen. Både fedt og muskler, og de vil bare ikke på igen.

I: Ja det er ikke sjovt. Og det var sidste år?

J: Ja.

I: Ja jeg har ikke mere at sige. Har du noget du vil tilføje?

J: Nej.

I: Tusind tak for tiden.

Interview 8 - Interview med Lennart

I=Interviewer

L=Lennart

I: Første spørgsmål, hvordan vurderer du selv dit nuværende fysiske helbred?

L: Lige nu så er det jo under 50%

I: Har du sådan hørt fra personalet om vigtigheden af at være fysisk aktiv under din indlæggelse?

L: Nej

I: Var det noget du kunne have tænkt dig at høre og ville det have gjort noget?

L: Ikke for mig, men jeg tror for mange andre kunne det

I: Hvilke muligheder har du for at være fysisk aktiv, hvilke kender du til her på afdelingen?

L: Jamen altså der er en motionscykel og så er der fysioterapi om fredagen 30 min

I: Ja og hvordan har du fået kendskab til mulighederne?

L: Jamen der er seddel til fysioterapi, og så er der motionscyklen der står på afdelingen, men i mine øjne så står den gemt.

I: Er det en du selv har set

L: ja

I: eller har personalet fortalt dig om den?

L: Nej det var en jeg selv spottede.

I: Så du mener den er gemt væk?

L: Ja jeg mener den burde stå ude ved elevatoren, så det var den man så og så vidste man den var her

I: Burde personalet gøre opmærksomme på den når man bliver indlagt?

L: Ikke nødvendigvis, men i og med den måske stod i det gang areal mellem elevatoren og gangen så ville folk spotte den og så ved de den er der. Hvorimod i weekenden der var der 5 senge dernede og der var den slet ikke til at se. Plus der står en store plante dernede.

I: Har du deltaget i fællestræningen om fredagen

L: Ja 2 gange.

I: Hvad motiverede dig til at være med?

L: Det er at være aktiv!

I: Var det noget du selv aktivt gik ud og var en del af? Eller skulle du opfordres eksternt til det?

L: Nej det var faktisk mig selv der opsøgte det.

I: Og hvorfor vil du gerne være fysisk aktiv mens du er indlagt?

L: Det er for at vedligeholde lidt fysisk for ikke at miste det hele.

I: Føler du du har mulighed for at anvende træningshjørnet selv om det er gemt lidt væk?

L: Ja

I: Har du været dernede og træne og hvad brugte du?

L: Ja jeg brugte cyklen.

I: OG hvad motiverede dig til det?

L: Jamen det var simpelthen at blive rørt og få lidt motion.

I: Træner du alene dernede?

L: Ja

I: har du oplevet mens du har været her ikke at have mulighed for at træne?

L: ja

I: Er det blandt andet det med pladsen? Og sengene

L: Det var overbelægning

I: Er du blevet gjort opmærksom på aktivitetsskemaet?

L: Nej

I: INTERVIEWER forklarer skemaet -> Var det noget du kunne tænke dig at have gjort brug af?

L: Det kommer an på hvilke aktiviteter det er.

I: INTERVIEWER VISER SKEMAET. Forklarer de basale ting på skemaet.

L: Et forslag i stedet for, kunne være at i flere træningscentre, der har de eks. sådan en tæller puls, skridt eller et eller andet, hvis der nu hang 3 tavler her, man kunne kode med navn og så sige, i dag har jeg taget 500 skridt. Så hvis der var en sygeplejerske der kunne presse lidt på dagen efter også 2-3 dage.

I: Så man kan følge sin egen udvikling?

L: Ja sådan sygeplejersken kan komme og sige, hvaaa kan vi ikke lige nå 600 i dag og 700 i morgen. Men det er selvfølgelig sådan lidt med aldersgruppen hvad der lige motiverer.

I: Det har du ret i. Noget er bedre end ingenting

L: Men jeg tror det der med at skrive op, det dræber sig selv.

I: Snakker du med de andre patienter om bevægelse under indlæggelse?

L: Nej

I: Føler du at træningshjørnet er kilde til fælles inspiration eller fællestræning?

L: Nej

I: Hvad er grundet til det? Er det størrelsen eller omfanget det bruges i?

L: Jeg tror det er fordi træningsaktiviteter skal sættes i gang af en tovholder. En der motiverer.

I: Synes du der er noget med hjørnet dernede, eller stuerne eller personalets rutiner eller helt generelt på afdelingen der kan ændre for at fremme fysisk aktivitet?

L: En helt klar fordel for mig er at jeg bor på patienthotellet dvs. jeg bliver tvunget til at få noget motion dernede fra og herop. Og på en eller anden måde så synes jeg det er rart. Det er ikke noget jeg tænker over, men det er jo en tvungen motion jeg får, gratis, eller hva kan man sige. Så set i mine øjne, så er det kun en fordel jeg bor dernede, for så er jeg tvunget til at bevæge mig. Havde jeg boet heroppe, så havde jeg ikke bevæget mig det samme.

I: Havde du ligget heroppe, havde du så ligge mest i sengen?

L: Jeg havde noget mest bare siddet her eller i sengen.

I: Hvad motivere dig generelt til at komme ud af sengen? Er det som tidligere nævt vedligeholdelse af dit funktionsniveau? Eller er der andre faktorer

L: Jamen både det med vedligeholdelse, men også det at der kommer en indpisker som driver det og motivere en.

I: I forhold til fællestræningen om fredagen, ser du så fysioterapeuten gå rundet og sige "kom nu" til de andre patienter?

L: Lidt men ikke nok.

I: Synes du også det er noget sygeplejerskerne skal være bedre til?

L: Nej fordi de har travlt nok med deres arbejde, det skal selvfølgelig være en særskilt faggruppe der kun har fokus på missionen.

I: Det var det!

L: Et par forslag til jer?

I: Ja

L: Jeg har hørt der er et motionscenter et eller andet sted her i bygningen som svækkede ældre kan få lov at benytte, det spurgte jeg så til ved sidste motionsrunde om jeg måtte benytte, men det var der uvidenhed om og det kunne man ikke finde ud af. Så sagde jeg hvad jeg kunne tænke mig, jeg kunne godt bruge 30 mins guidning og så kunne komme derned selv. Det virkede som om det næsten var en håbløs opgave.

Det næste var så hvis der var nogle nede i terapi og der gik nogle fysioterapeuter og hjælp. Så kunne man måske lige komme ned og få af vide hvordan man skal bruge maskinen og hvor meget vægt man skal komme på for ikke at gøre noget forkert. Men det håber jeg på at få svar på i morgen, men det lød som om det skulle man ikke forvente. Det synes jeg er synd.

Det jeg også synes, er jeg ligger pt. I en middelaldersgruppe, men jeg synes især det er synd for dem der er yngre end mig, dem mellem 20-40. Kunne man bare samle dem 1 gang om dagen til noget socialt også. Fordi sådan en afdeling her hedder måske i snit 50-80 år ligger der så nogle på 25 her så kunne det være rart socialt og fysisk og måske at kunne samles 30 min om dagen.

I: Det lyder som en rigtig god ide.

L: Mange er jo korttidsindlagte, så det der er vigtigt er jo at der kommer en fysioterapeut rundt næsten hverdag og får skubbet folk i gang og ikke kun hver fredag. Folk de er måske kun indlagt i 3 dage og der går 3 dage inden folk opdager der er en motionscykel.

I: Præcis studier viser at selv korttids inaktivitet er konsekvenser. Men det er desværre nok et ressourceproblem.

L: ja ja det har du nok ret i.

I: gode forslag, har du flere?

L: Et mere kunne være en dartskeive, det er noget der ikke fylder noget. Det er ikke så fysisk men det er mere tid.

I: arhhh, det kan vel få folk op af sengen.

L: og det kunne måske gøre sådan et hjørne lidt mere spændende, end der bare står sådan en motionscykel.

Og som jeg ser det skulle den så være i den anden ende af huset så du ligesom ser den når du kommer ind, så gæsterne ser den, og de eventuelt kan tage 30 min med patienterne sammen.

I: tror du man ville være aktuelt med flyers til træningshjørnet og motionscyklen som til fællestræningen?

L: Nej jeg tror simpelthen det er ... der skal man have nogle motivator nogle ildsjæle. Så det er nok igen ressourcerne.

I: Endelig kom med flere forslag ellers så mange tak.

L: Jamen det jeg også havde var en gåtur rundt på hele sygehuset. Jeg skal være ærlig at sige, at når jeg skal ned på patienthotellet, så tager jeg elevatoren. Men det kunne jo være hvis der gik en fysioterapeut med, så kunne hun sige nu tager vi lige trapperne en eller to etager, det kunne jo være godt for nogle. Det kunne være man kunne komme ud og gå ½km. Der er jo mange gang arealer at gå på. Udfordringen er jo ligesom at finde noget at gå efter. I stedet for bare at gå.

I: Men som du sagde så kunne et ur eller en tavle til at følge med på være smart.

L: Og så vil jeg sige det skal være så gennemført, at hvis der hænger, ligesom der gør inde på nordkraft under spinning, at så skal det kobles op med navn, det skal ikke være sådan noget med at det er Nr. a. Det skal virkelig være sådan at man kan se navnet. Sådan at sygeplejersken kan gå over og sige, sådan, når vi det her i dag?. Og det det samme med motionscyklen, den viser MILES, jeg ved det er en lille detalje, men jeg mener når man ofre så meget, så skal man også bruge det sidste på at få den til at vise km/t. Eller en lille seddel, der så lige guider sådan skal du trykke rundt for at justere den. Ellers tror jeg ikke jeg kan finde på mere.

I: Jamen så lad os stoppe.

L: Når man går med dropstativ har man ikke mulighed for at gå med madbakker, men hvis du er i et indkøbscenter så får du en vogn der ligner en rolator, hvr du kan have en madbakke på og tage med ind på værelset. Dvs. en patient der ikke selv ville have hentet mad, ville, hvis der står nogle små vogne, have mulighed for selv at kunne hente madden og gå ind. Dvs. der vil blive motion fra værelset og ud og det samme ud med service. Måske en lille motion, men en stor tilfredsstillelse. Den mulighed mangler der. Det kunne gøre dig selvhjulpen og afhjælpe sygeplejerskerne.

Interview 9 - Interview med Per

I=Interviewer

P=Per

I: Lad os starte. Jeg hedder Christian. Jeg ved ikke, om du vil fortælle hvad du hedder?

P: Jeg hedder Per.

I: Det er bare så vi lige har styr på det. Øhm, og du har lige hørt hvad det går ud på. Det handler om fysisk aktivitet og hvordan man har det. Det første jeg gerne vil høre, er hvordan du selv vurderer dit eget fysiske helbred?

P: Jamen det vurderer jeg godt. Fordi jeg kører ude i Haradslund to gange om ugen.

I: Kører?

P: Ja altså cykler, og ror går og.

I: Hold da op, det er da kuperet der ude?

P: Ja det har jeg gjort siden 76 så.

I: Men jeg har da også set, at du også går rundt heroppe.

P: Jaja.

I: Nå så det er sådan bare daglig rutine at det gør man?

P: Ja og så laver jeg lidt gymnastik derhjemme hver dag. 20 minutter.

I: Okay men så er du alligevel godt aktiv.

P: Ja og det føler jeg også selv jeg er ja.

I: Når man kommer herind, er det så nemt at holde ved lige?

P: Nej, altså nu skal jeg være her 3 dage, så det holder jeg ikke helt. Ellers ville jeg nok have taget cyklen dernede. Men jeg synes nu når det kun er 3 dage, så kan man godt lige holde et hvil. Jeg var i Haraldslund i mandags, og så kommer jeg hjem imorgen, så kan jeg nå at komme derud imorgen også.

I: Jamen så når du stadig 2 gange om ugen.

P: Jaja.

I: Øhm okay men lad os gå videre. Øhm, i forhold til det med at nu er du meget aktiv selv, er det noget du har fået af vide herinde at det også er vigtigt at være fysisk aktiv?

P: Nej, det er fordi jeg skiftede jobs på et tidspunkt, hvor jeg kom til at køre meget i bil. Og så kom jeg i tanke om, at det duer ikke, fordi maven vokser jo bare, og så gik jeg derude 3 gange om ugen. Det kunne jeg lige nå når jeg kom hjem. Jeg var ret tidligt hjemme, så sådan har jeg gjort det siden.

I: Så det er faktisk noget du selv har igangsat?

P: Ja det er det.

I: Så der er ingen der har fortalt dig det?

P: Nej.

I: Og det er der heller ikke nogen når man bliver indlagt her? Er der så nogen der fortæller en at?...

P: Nej, altså de kommer jo og spørger om jeg vil deltage i noget af det her.

I: Ja sådan noget holdtræning?

P: Ja, men jeg synes bare ikke lige at jeg vil. For jeg har ikke fået noget af spise, jeg må ikke spise noget og jeg skal ned og undersøges imorgen med maven og sådan noget. Så jeg har ikke lige fået lavet noget her. Men ellers ville jeg bruge cyklen ja. Nu bor jeg jo lige ved siden af.

I: Er du lige blevet flyttet eller hvad?

P: Ja.

I: Er det første gang?

P: Ja for jeg har jo kun været her siden igår.

I: Nå ja selvfølgelig.

P: Men ja de er sateme lidt pressede sygeplejerskerne. Nu kan man jo også se de senge på gangene herude.

I: Ja der sker meget her altså. Der står 4 senge herude i dag ude på gangen. Er der ikke 4? Jo. Okay jamen, lad os hoppe videre igen. Øhm, her på afdelingen, nu har du sådan lidt svaret på det. Men hvad har du selv af kendskab til hvad man kan lave her? Altså udover cyklen.

P: Jamen der er jo en fysioterapeut en halv time hver dag.

I: Hver dag?

P: Ja det tror jeg. Ja det er jeg vist ikke helt sikker på. Så man kan deltage i det, og så er det også med noget..

I: Ja okay, men hvad med hende fyssen? Er det bare sådan en man selv skal gå hen til?

P: Nej man melder sig til sådan nogle holde. Og jeg tror egentlig de gør det en del for det i dag. Mere end de nogensinde har gjort.

I: Det tror jeg du har ret i.

P: Ja så det er fint nok. For dem der nu skal være her i lang tid, så er jo super godt.

I: Men det med den fysioterapeut der. Det er ikke noget de har sagt til dig? Det er simpelthen noget man selv skal finde ud af i virkeligheden?

P: Jeg kan ikke huske, om det var en af de sedler jeg fik. Ja det er det nok. Men der er nogle der selv skal finde ud af det.

I: Ja sådan lidt henad vejen?

P: Ja.

I: Ja okay. Øhm, det er lidt det samme. Hvordan man får kendskab til, hvad der er for nogle muligheder?

P: Jamen man skal jo nok selv finde ud af det i forhold til de papirer man får.

I: Okay, så det er en bunke papirer hvor man kan læse dem?

P: Ja.

I: Okay, hvad synes du om det?

P: Jamen de kan jo ikke have en til at rende rundt og fortælle om det, det koster jo penge alligevel.

I: Ja tid er penge desværre. Det er klart, hvis de skal læse sedlen højt. Det tager lang tid. Men det er jo okay så?

P: Ja det synes jeg er godt nok.

I: Hvad synes du så om de muligheder der er?

P: De er nok ikke tilstrækkelige nej, fordi det er nok lige lidt nok, men jeg tror det bliver udnyttet. Men i forhold til tidligere så er det jo meget bedre ikke? Før i tiden der skulle man jo helst blive i sengen.

I: Ja det skal man jo altid huske. Det kan godt være det ikke er helt perfekt i dag, men det er heldigvis bedre end det var.

P: Ja jeg synes det er meget bedre. Alene det med at man skal ud af sengen i en fart. Man skal sgu ikke ligge der og drille dem. Det kan jeg da huske, da jeg blevet opereret for nogle år siden. Der kan jeg huske jeg lå i sengen 3 dage. Nu er det godt nok mange år siden. I dag så ligger man jo når man bliver opereret og så ud og snakke med dem. Dengang opfordrede de ikke sådan til at man kom op og gå og sådan.

I: Okay, men tænkte du dengang at du godt kunne komme op af sengen?

P: Nej for jeg har været det for længe. Men jeg var selvfølgelig oppe og tisse og sådan noget. Men det gjorde da ondt at komme op, så jeg tænkte det var da fint at ligge der.

I: Jamen du ved hvis man er oppe i 80'erne og skal ligge 3 dage helt stille, så er det jo svært at komme ud og bruge benene igen.

P: Ja det er det.

I: Ja det næste spørgsmål det er, om du har været med i det fredagstræning, men det har du ikke, når du kun har været her de få dage. Har du hørt om det?

P: Jamen jeg har ikke hørt om det. Jeg har kun hørt om det der.

I: Øhm, har du en følelse af, om du har fri afbenyttelse af det der er hernede?

P: Ja helt sikkert.

I: Nu skal jeg ikke lægge ord i munden på dig, men jeg har jo set nogle gange, når der eksempelvis er en seng hernede. Har du nået at se det?

P: Hvad for noget?

I: At der er en af sengene der er hernede, for der er så mange patienter?

P: Nej det har jeg ikke set. Men jeg har set at der er senge på gangen altså.

I: Øhm men sidste uge holdt der en seng lige her opad. Det er der mange der ikke kan lide.

P: Det kan jeg godt forstå.

I: Øhm, det næste er, om du har været hernede og træne frivilligt. Om du selv er gået herved, men det kan jeg jo forstå at det har du ikke.

P: Nej altså jeg har kun tænkt på det.

I: Jamen det er jo også godt nok. Så er det jo også godt nok at få en lille ”ferie”, hvis man kan sige det sådan. Øhm, hvad er det, der kan motivere dig til at træne?

P: Jamen det er sådan set for at holde sådan en gammel stork i hånden. Jamen hvis jeg ikke har det, så dør jeg sgu da. Jamen det gør jeg, for så sætter jeg mig da bare ned. Og jeg har ikke tid til at dø lige nu. Så sådan er det.

I: Det er en god motivation i hvert fald. Det skal jeg love for. Så så jeg faktisk inde på dit bord, at du har sådan et skema. Sådan et hvor der står mandag, tirsdag, onsdag, torsdag og så står der sådan noget med, om man er gået på toilettet, eller om man er gået ned til madvognen. Kan det passe?

P: Øøøh nej det tror jeg ikke lige.

I: Nå det synes jeg lå inde ved siden af. Sådan et hvor man lige skal sætte en streg.

P: Nå jo det er rigtigt nok ja. Jamen det er noget med om jeg har gået på gangen og sådan noget ja. Ja men det har jeg også streget, for det gør jeg jo selv.

I: Ja, er det noget du har fået af vide at du skulle fylde ud eller er det bare?

P: Nej, jamen jeg har fået af vide, at jeg skal fylde det ud ja.

I: Og har du fået af vide hvad man bruger det til?

P: Jamen det bruger de jo til aktiviteten, for at se om folk de gider rejse sig når de ligger herinde.

I: Men det er noget de siger til dig, eller er det noget du selv har tænkt?

P: Jamen det er noget jeg selv har tænkt. De har slet ikke sagt noget omkring det til mig.

I: De har faktisk kun sagt, at det må du gerne udfylde?

P: Ja om jeg ikke ville skrive der.

I: Ja okay ja.

P: Men ja de bruger det selvfølgelig til noget, ellers ville der ikke være nogen grund til at lave det.

I: Okay, sådan et skema der. Er det noget der kan motivere til at komme mere ud af sengen, når man kan se, hvad man kan lave?

P: Nej det tror jeg overhovedet ikke. Altså det betyder måske noget for personalet, at de kan se, at vi har så mange patienter der kan røre sig, vi har så mange der ikke kan.

I: Har du et indtryk af, at man prøver at puffe lidt til de andre, og siger: kom med ned og hent mad, så går vi sammen ned og henter mad, i stedet for at maden bliver hentet?

P: Jamen jeg tror nok at sygeplejerskerne, hvis patienterne overhovedet kan gå, så får de af vide at de helst skal. Ja så får de af vide, at hvis de overhovedet kan, så må de meget gerne helst gå derned. Men jeg har bare gjort det. For jeg synes at det man kan gøre selv skal man også gøre selv. Men selvfølgelig ikke tvinge folk til noget de ikke vil.

I: Nej nej, for vi har nemlig også snakket med en som sagde, at de første dage der hentede de det bare, fordi de troede at hun var så syg, at hun ikke kunne gå. Men hun kunne egentlig godt gå. Så der er jo sket et eller andet, hvor man ikke har snakket ordentligt sammen.

P: Ja.

I: Har du snakket med nogle af de andre patienter, om hvad man kan lave her på afdelingen?

P: Nej jeg har snakket med nogle, men vi har ikke diskuteret det der træning eller noget.

I: Ja okay, og så lige her til allersidst. Er der noget du tænker de kunne blive bedre til heroppe, udover at få mere tid og flere penge? Men er der noget de i det daglige kunne gøre?

P: Altså de burde have noget mere fysioterapi. Og flere til at træne folk i tingene. Så det bliver lidt mere personligt heroppe. For den halve time der, det er altså ikke noget. Det kan være der kommer 10 mennesker, og hvordan skal man nå alle 10 mennesker på en halv time? Det er ingenting, det er det virkelig ikke. Eller jo det er det selvfølgelig, men ikke ret meget. Men det koster jo.

I: Ja det er jo desværre det. Vi snakkede med en igår, som havde en god idé med, at man kunne prøve at inddrage patienterne mere. Altså sådan en som dig der er rigtig frisk. At du f.eks. kunne fortælle de andre patienter om mulighederne for hvad man kan lave. Hvad tænker du om sådan en idé?

P: Det var da en god idé. Men at lave noget om, det er jo nok svært at pege på, og det synes jeg ikke lige jeg kan.

I: Nej det er også okay.

P: Jeg var faktisk lidt overrasket over at der var en cykel hernede. Altså ikke nu, men tidligere, hvor jeg var henne for at se udsigten. For den plante står jo i vejen. Og jeg kan se, at det er en god cykel den der. Det er en af de dyre.

I: Men der var faktisk en af de andre patienter der sagde, at når man først får cyklen tændt, så viser den distancen i amerikanske miles. Det er måske også noget der kan skræmme folk lidt væk.

P: Ja det tror jeg helt sikkert. Jeg ved at en mil er 1.7 kilometer, men det er der nok man heroppe der ikke ved. Men for mig ville det ikke skræmme væk, for jeg ved jo godt hvad det er for noget. Men når jeg cykler ude i Haraldslund og cykler 10 km, så kigger jeg da på skærmen. Men jeg døjer med det lige i øjeblikket, fordi jeg fik noget eksem nu her, og det skal jeg have væk, men så går jeg så noget mere på løbebåndet derude. Så har jeg gået i 1 time derude. Men så puster jeg også efter.

I: Ja det skal jeg da lige love for.

P: Ja, men så har jeg det til gengæld godt bagefter. Og så nu her i søndag der var vi ude og køre en tur, det kan man jo i det her vejr altså. Så kører vi ned til Mou, hvad hedder det derude. Lille vildmose, der har de sådan et sted, hvor man kan gå på nogle brædder. En lang tur, sådan cirka 4 km. Det er sgu en dejlig tur, den går jeg tit.

I: Men det er da meget godt gået synes jeg. Er der noget her til sidst du vil tilføje?

P: Nej det synes jeg egentlig ikke.

I: Nej jeg synes egentlig også vi kom godt rundt om det. Tusind tak for din tid, så stopper jeg lige den her.

Interview 10 - Interview med Sisse

I=Interviewer

S=Sisse

I: Sådan, nu kører den. Så ligger den bare der. Og jeg hedder Christian. Det kan vi ligeså godt lige starte med at sige, det må du undskylde, hej. Øhm, det første spørgsmål det er sådan set, hvordan du selv vurderer din fysiske tilstand eller dit fysiske helbred?

S: Altså mit fysiske helbred kunne sagtens være bedre men, det er ikke noget man kan gøre noget ved, pga. sygdommen jeg har. Men jeg prøver virkelig alt hvad jeg kan, også at gå op og ned af gangene og gå lidt ud og bevæge mig lidt omkring udenfor. Og så møder man altid nogle andre man kan snakke med. Og så går man jo lidt rundt igen altså. Så det synes jeg da er rart nok.

I: Har du været her længe?

S: Nej jeg har været her siden i fredags, men jeg har haft mange andre lange ophold her, hvor jeg også er blevet opereret, hvor jeg var oppe og gå sådan en dag og oppe og gå samme dag, fordi det er bare med at holde sig igang.

I: Jaja.

S: Netop fordi at som du selv var inde på, at ligger man så først i sengen så er det svært at komme op. Jeg har det sådan, at når først man er opereret, så er det bare ud af sengen, fordi jo hurtigere du kommer ud af sengen, jo hurtigere kommer du hjem.

I: Det er godt at høre.

S: Så det er den holdning jeg har.

I: Okay, i forhold til det, er det noget du sådan selv har resoneret dig frem til, eller er der nogle der ligesom har fortalt dig, hvor vigtigt det er?

S: Jamen det startede jo, da jeg var 16, hvor jeg fik konstateret Chron.

I: 16!? Wow.

S: Der kom jeg bare op og stå første gang jeg kunne mærke at jeg var ked af det, så sagde far til mig, at hvis du nu kommer hurtigere ud af sengen og du begynder at spise, jo hurtigere kan du komme hjem. Og det har jeg så prioriteret lige siden. Så har jeg det sådan, jamen hver gang jeg bliver opereret så er det bare ud af sengen uanset hvor stor operationen har været. Så er det bare ud på gulvet.

I: Det er noget af en viljestyrke.

S: Men jeg fik fjernet endetarmen for mange år siden, og det var en stor operation, og så har jeg det også sådan, at jeg var ligeglad med hvor mange dage, jeg skulle bare ud på gulvet, og så skulle jeg gå med det samme. Det var jeg.

I: Og har det så virket?

S: Ja. Jeg var der kun 10 dage. De var helt overraskede, og de havde ikke set noget lignende, men jeg var hjemme efter 10 dage.

I: Har du fortalt dem hemmeligheden?

S: Altså både det med at du har viljestyrken til selv at komme ud af sengen. Fordi det er jo DÉR at mange skranter. Det er det med viljen. Og det er jo det jeg også har stået ved. Jo før du kommer ud af sengen, jo før skal du nok komme hjem. Og den bruger jeg virkelig helt vildt meget den der.

I: Er der nogen der fortæller det til folk?

S: Nej.

I: Så den vilje skal man selv have med?

S: Den skal du selv have med i bagagen, det puf. At hvis du nu er smart, så skynder du dig ud af sengen, så kommer du også hurtigere hjem. Og det hænger selvfølgelig sammen med at man skal gå. Man skal gå meget, men jeg synes ligesom det mangler, at de fortæller folk at du mange gange, bare skal ud af sengen. Men ja få nu lige det sidste med. Ja du skal gå meget.

I: Ja for man kan også spørge om, hvad betyder ud af sengen? Er det at sætte sig i en stol, er det det de mener?

S: Det er jo ikke det der er formålet, for det er vigtigt man går meget op og ned af gangene, og der hænger jo også billeder på væggen man kan gå og kigge på, og så er der udsigten ja. Den betyder meget, men hvis først cyklen den står dér, hvis jeg skal være ærlig, fordi den grønne palme der, den skygger for den, så folk ser den ikke.

I: Nej det er rigtigt nok.

S: Den bør stå et andet sted, så folk de bedre kan se den.

I: Ja man kan jo faktisk overhovedet ikke se den i dag.

S: Nej, du kan ikke se den derfra, når man kommer dernede fra gangen af. Så skal man vide, at den er der.

I: Ja, og får man det af vide?

S: Nej det gør man ikke.

I: I forhold til hvad du har mulighed for at gøre heroppe, kommer de og fortæller dig om det?

S: Nej, for den dag jeg blev indlagt, der var det også sådan, at der var noget motion, og så kom der to unge mennesker, som skulle gøre det til mig og sagde: der er altså motion om lidt. Så det vidste jeg ikke. Jeg vidste ikke engang man havde sådan noget på afdelingen. Jeg havde ikke fået noget af vide, hvis de to ikke havde fortalt det, de to som stod for det. Jeg synes ellers det er en god ting altså, og mange tror at det er sådan noget med at man skulle kunne en hel masse, men det kunne jeg jo se, det var det ikke. Det er små ting alle kan være med til. Men hvis de nu gik ind på stuerne og fortalte, at det er noget alle kunne være med til, og forklare lidt om hvad der foregår, så tror jeg også mange flere ville deltage.

I: Ja så man ikke var så bange for, at man måske skulle ud og stå på hovedet.

S: Ja eller man skal hoppe, eller et eller andet. Der er jo nogle der dårligt gående ikke? Og nogle har jo stomi heroppe, så det er jo sådan lidt hvis man skal hoppe og sådan noget, så er man jo bange for at posen hopper af. Som jeg også selv har ikke? Det er også nogle af de ting man skal tænke over: nej kan jeg nu være med. For sagde de til en at det er noget med at sidde på en stol, stå bagved en stol og sådan nogle småting, som alle kan klare, så er jeg også overbevist om, at mange flere ville være med. Og det synes jeg mangler lidt, noget ordentligt information.

I: Ja det kan jeg da godt forstå. Hvad med den seddel der hænger her om holdtræning. Er det noget de siger, at man kan kigge på og se hvad det er?

S: Nej, og det synes jeg virkelig er synd!

I: Ja det kan jeg love dig for er synd. Det er da overhovedet ikke iorden.

S: Nej, for de ved jo hvad der er altså.

I: Men det er jo ligeså synd for dem der har lavet den seddel, fordi der er jo ikke nogen der ved at den er blevet lavet.

S: Lige præcis. Ja og så står der holdtræning, jamen det kan jo være mange ting. Så igen synes jeg der mangler noget information, også fra personalet. Og så kan de jo samtidig gøre det spændende. For det har jo også meget at gøre med det, at kunne gøre det spændende ved hvad det er.

I: Jaja selvfølgelig, det handler jo om at sælge det.

S: Ja, men det gør man ikke. Det synes jeg er synd. Det bliver ikke gjort.

I: Ja det kan man jo sige er ret vigtigt. Det er jo også noget af det de næste spørgsmål handler om. Det er hvordan du har fået kendskab til mulighederne, men det er jo bare dig selv.

S: Ja det har jeg selv fundet ud af.

I: Hvad med i forhold til de andre patienter? Kan de fortælle noget om det? Men de ved måske heller ikke noget om det?

S: Jamen problemet er jo, at os der sidder herude til om aftenen. Vi er jo kun 2-3 stykker der sidder herude og det er jo heller ikke mange, der kommer ud og spiser. De henter jo bakken og så ind på stuerne igen, og passer sig selv. Og det synes jeg er lidt synd. For det sammenhold man kunne have haft her, det snakker vi også om nogle gange: gud vi er godt nok heller ikke mange i aften, der kunne sidde og se en sjov film, for vi prøver jo at finde noget som... Også fordi vi sidder herinde og snakker om, hvem der vil se hvad og sådan noget ikke? Man snakker om hvad man kunne tænke sig at se, for at få et bedre sammenhold, men det er jo svært når folk hellere vil være inde på stuerne end at de vil være ude i opholdsstuen.

I: Ja det gør det noget mere besværligt.

S: Ja det gør det, for de holder sig jo virkelig inde. Det er ikke mange der kommer ud, selvom de kan se vi sidder herhenne og spiser, men de går bare ind.

I: Men hvor meget tror sygeplejerskerne har med det at gøre? Er der nogle gange, hvor de bare henter maden?

S: Nej, det gør folk selv, men der er nogle gange. Jeg synes godt de kunne være bedre til at få folk ud. Det synes jeg mangler meget af, noget med: Nåh men kom nu ud og sæt dig. Det kunne jo være fint ikke? Det kunne man godt savne lidt.

I: Nej for det er jo det, nogle gange skal man lige have det sidste skub. Det kan godt være man selv er ved at være der, men man skal lige ud over.

S: Det er som om det der menneskelige på afdelinger, at det mangler. Den der menneskelighed, hvor man sørger for at gøre noget for patienterne. Den kontakt savner jeg lidt.

I: Nu har jeg jo ikke været her helt vildt meget, men tror du det er fordi de ikke har tid, eller er det en blanding?

S: Ja det er simpelthen fordi de har for travlt.

I: Hvad med om aftenen? Der er jo lidt mere roligt nu her end der f.eks. er kl. 9.

S: Ja men om aftenen der har de slet ikke tid. Der løber de bare rundt, fordi der er simpelthen så meget at lave. De har virkelig travlt. Det er det samme hvis man kommer og spørger om nogle ting: jamen jeg har ikke tid lige nu, jeg har travlt. Det kniber altså lidt med den her forståelse, at nu kan jeg altså først når jeg har tid. Det virker virkelig som om de er pressede.

I: Ja det kunne jeg forestille mig.

S: Ja det mangler i hvert fald.

I: Men tænker du, at det vil betyde en del hvis de kunne være med til lige at... lige havde 30 sekunder til at skubbe en igang.

S: Det ville give rigtig meget. Det ville helt sikkert betyde noget, at de lige gav den der, og at de måske også gik ind på stuerne, og snakkede med patienterne. Og hvis de samtidig lige kunne give dem det sidste skub, ville det give rigtig meget. Også fordi man også skal snakke positivt om det der skal ske. Det ville helt sikkert gøre rigtig meget, det er jeg ikke i tvivl om.

I: Det har du ret i. Måske også bare information.

S: Ja det gør meget, for der ligger jo nogle ældre mennesker, og hvis personalet sagde: hvis nu du tog en tur på den cykel der, så ville du måske blive 10 år yngre af det. Og at du ville kunne meget mere når du kommer hjem. Men det gør man ikke. Det er som om folk bare får lov til at sidde sådan mere eller mindre og bare passe sig selv. Det er synd. For når nu jeg hører det, så vil folk gerne, men hvis ikke man får noget af vide, så venter man bare.

I: Man kan også sige, at hvis de heller ikke får det der skub til at være sociale med de andre, så kan man slet ikke få noget af vide.

S: Nej. De kommer med mad, og så går de igen. Så kommer de ind og henter bakken og så er det det. Så der mangler jo virkelig...

I: Der er måske nogle der slet ikke ved, at der er noget socialt, fordi de ikke har været ude og kigge?

S: Ja det tror jeg.

I: Ja der ville det jo hjælpe at spørge om: vil du ikke komme med ud og så lige hente din mad, og så må du gerne gå ind?

S: Ja for man skal jo også tænke på at dem der går med drop-stativ f.eks.. De kan jo ikke gå med drop-stativ og tage bakken med på en gang. Det er ikke altid lige til, og at kunne få bakken hen til bordet. Der mangler en del her.

I: Det er lige de små sidste ting, der mangler.

S: Ja det sidste skub, det mangler her. Jeg har været på en anden afdeling herude også, og det var det samme. Der mangler det virkelig også, at man lige får den der: kom nu. Men det er nok helt generelt at, at det er det der mangler. For jeg har boet på Sjælland, og jeg har været på rigtig mange sygehuse derovre, fordi de har prøvet på at hjælpe mig, og der kan jeg da også mærke at jeg ikke fik det skub. Det mangler man altså. Et lille smil og lidt venlighed mangler også. Det er for presset og de har slet ikke tid til det. Det hjælper ellers patienten meget.

I: Ja, nu er det lidt sjovt, for nu har vi jo snakket med nogle stykker, og det virker til at I alle har et smil på læben, men det er selvfølgelig et problem hvis personalet ikke har været så gode til det.

S: Jamen det er fordi, os der sidder i opholdsstuen og prøver på at snakke sammen, og sådan noget. Altså vi kan få hinanden til at grine og lave lidt sjov. Vi snakker ikke sygdom, det gider vi ikke bruge tid på. Man

kommer lige ind og fortæller: jamen jeg har det og det. Og så hvis man har haft en god eller dårlig oplevelse med stuegangen, så fortæller man lige kort om den. Men ellers så bruger vi tid på at få hinanden til at grine og have det lidt muntert.

I: Ja det bliver man også nødt til.

S: Ja for man kan ikke bare tænke sådan. Så bliver man skør.

I: Ja så bliver man endnu mere syg, og så kommer det hele jo bare.

S: Ja det gider vi ikke. Så vi bruger tid på at peppe hinanden op, og så finde noget sjovt i fjernsynet, man kan grine af. Ikke noget der er for trist. Man skal have det sjovt, og noget man kan gætte med på sådan: haha det gættede jeg, det gættede du ikke. Det er sådan noget.

I: Hvad med i forhold til alderen?

S: Den er bedøvende ligemeget sådan et sted. Den tager man ikke hensyn til.

I: Men jeg har også et indtryk af, at det er meget bredt.

S: Jamen det er fordi, at alle er ens, altså det mener jeg i hvert fald. Uanset om man er gul, eller mørk eller hvid eller hvad for en farve man nu har, det er bedøvende ligemeget. Alle mennesker er ens.

I: Men hvem er det der gerne vil det lidt mere så? Er det de unge, eller er det de ældre?

S: Det er også lidt blandet altså. For jeg snakkede sammen med en her, og hun var 75, og hun ville gerne og sludrede med alle, også unge mennesker, og grinede med os. Ja hun var rigtig frisk. Men det er dejligt, altså, det er skønt. Og jeg synes det er dejligt at opleve, at man kan have det sådan, altså gå og grine og synge, og ja.

I: Det viser overskud, som jo også smitter af på en eller anden måde.

S: Det gjorde det da også, for jeg var heroppe i onsdags og tænkte: åh nej, hvad nu og jeg kender nok ikke nogle og sådan. Hvis der så sidder sådan en kvinde, der bare er fuld af liv, så skal det nok gå. Så hjælper det jo også, at der sidder sådan nogle som virkelig er frisk.

I: Jamen helt klart. Det kan jeg godt forstå. Det andet det kan da kun bruge til at gøre det værre for sig selv.

S: Ja det er ikke til at holde ud.

I: Nåh, jeg ved slet ikke lige hvad jeg endte med at komme til her. Det var lidt af en anden tangent. Øhm, har du været med til det fællestræning om fredagen?

S: Jeg har set på, for jeg har stomi, og jeg havde ikke hørt hvad det går ud på. Og så sagde de at det bare var sådan noget stille træning. Og ja det starter I nok med, og hvad så? Altså det savner jeg også lidt når man har sådan en sygdom som jeg har med stomi og sådan noget ting. At man ved at man roligt kan være med til det, hvis man har et eller andet, for der sker ikke noget.

I: Jamen det er jo det allervigtigste at fortælle dig.

S: Jamen det gjorde heller ikke, og det savnede jeg, for så ville jeg gerne have været med, da jeg så hvordan det foregik. Men nu var de gået igang og så ville jeg ikke rigtig blande mig, men altså. Det savner jeg sådan lidt, at uanset om man så har stomi eller kunstig ernæring, at man får af vide, at man godt kunne være med.

I: Ja det kan jeg da godt forstå.

S: Det savnede jeg sådan lidt at få besked på.

I: Ja det kan jeg saftsuseme godt forstå.

S: Den halter sådan lidt den der.

I: Ja og det var nu her i fredags eller hvad?

S: Ja. Det var det, for der var jeg lige kommet, men jeg blev nødt til at se hvad det var. Så havde jeg da også deltaget for jeg synes det var sjovt. Det så da sjovt ud.

I: Men det er da klart at man lige er lidt tilbageholden, når man ikke aner hvad der skal foregå. Det skal man være helt... Ja det virker ret synd. Ja, så kan man sige, vi har lidt været inde på det, hvad der motiverer dig til at så egentlig gerne at ville være med til det der?

S: Ja. Men jeg har det sådan, at du bliver simpelthen nødt til at gøre noget selv. Du kan ikke forlange at alle andre gør noget for dig. Det er op til dig selv. Altså har du lyst til det her, eller vil du bare ligge i sengen og kukkelure og være syg, og bare blive sendt hjem og kan ligge i din seng? Det er jo egentlig det valg man har, fordi jeg har jo kunne vælge at tage det som det kommer, eller bare ligge i min seng og tænke over tingene. Det kan jeg bare ikke sådan noget. For da jeg var her i søndags, der havde jeg det svært. Og så kunne man godt bruge sygeplejersken, der lige sagde, kom nu her og nu skal vi op. Så kan det godt være svært lige at finde smilet og det positive frem, men tag nu lige at gøre noget. Der er jo også forskel på hvordan man har det. Hvis nogle har det lidt skidt og har det lidt svært med at skulle have stomi eller et eller andet, så sæt dog nogle af os til at kunne hjælpe dem. Så kan vi i hvert fald, om ikke andet fortælle hvad vi har af erfaringer med sygdommen.

I: Det er faktisk en god idé, så det bliver sådan lidt patienthjælp, så man hjælper hinanden.

S: Det tror jeg egentlig taget kunne være smart, at uanset hvad det er for noget. Om det er kunstig ernæring eller stomi. Uanset hvad det er, kunne jeg da godt forestille mig, at man som patient bedre kunne hjælpe den anden patient, fordi man har prøvet det.

I: Det er faktisk en rigtig rigtig god idé.

S: Ja det kunne jeg godt forestille mig kunne give noget ekstra. Nu snakkede jeg med en her den anden dag, som nu er blevet sendt hjem. Hun fortalte mig at hun skulle have stomi, og hun var bange. Så sagde jeg til hende: det skal du ikke være. Så sagde jeg, at jeg har haft stomi siden 92, og jeg har det fint med min. Jamen den larmer. Jaja, giv den et navn, det gjorde jeg med min. Så hvis den larmer så siger du, ved du hvad. Stille ven! Hvis du ikke tier stille, så får du ikke noget morgenmad. Så grinte hun, og så sagde hun: gud, kan man have det sådan med en stomi? Jaja sagde jeg til hende, det har jeg med min. Så var hun ikke bange mere.

I: Det havde hun ikke fået svar på, hvis hun havde sagt det til lægen i hvert fald.

S: Nej, jeg forklarer hende bare hvordan jeg har det med den, og min mand og jeg går og laver sjov med det derhjemme med at jeg har sådan en ikke? Og ja, så hvis den larmer så siger du bare til den, at du skal ikke svare mig igen, eller et eller andet. Så var hun slet ikke bange mere. Det var som om, at det var det hun skulle have af vide. Og hun var oppe i årene, så hun troede ikke rigtig på teknologien. Så sagde jeg til hende, at hun skulle ikke være bange, for systemerne i dag de er jo så små og fine, så du skal ikke være bange. Nåh, jamen så tog hun efter kort tid hjem med det.

I: Ej hvor er det fint det der. Det er virkelig en god idé.

S: Så det tror jeg virkelig også er en af de ting, som mange patienter godt kunne bruge hvis de står og skal have lavet et eller andet, og man så kan snakke med nogle der har prøvet det. Fordi mange sygeplejersker, de reagerer nok ved at sige, at det er også synd eller at sådan er det bare. Altså det bliver de bare nødt til at acceptere. Og det kan man jo ikke bruge til noget, fordi os andre der har prøvet det på vores egen krop, vi kan jo bedre sætte os ind i hvordan det er at leve med det.

I: Jaja lige præcis, erfaring det er jo virkelig guld værd.

S: Og det tror jeg også at mange tænker hvis de skal have lavet sådan noget, at så uuuuuuh. Så bliver de bange ikke, og lukker sig ind i sig selv.

I: Ja det er jo i hvert fald en ligeværdig kan man sige. Det er jo rigtig rigtig godt, ja. Øhm nu skal jeg lige se. I forhold til det her træningshjørne, som vi kalder det. Føler du så, at du har mulighed for at bruge det?

S: Ærligt? Nej og det har en ganske god begrundelse. Fordi jeg synes at skal man lave et træningshjørne, så skal det være mere end en cykel, og så skal den dumme plante væk. For den står nemlig kun i vejen, fordi man kunne faktisk lave noget med, altså ligesom de har det der fredagstræning der, holdtræning. Så få noget mere herved til at motivere til at gøre det. Jeg tænker også en stepmaskine, og småting. Det der er der nu er ikke nok. Så kunne man jo fjerne blomsten og så bruge hjørnet her noget mere. Måske også noget med nogle bolde, og så motivere noget med at man skal gøre noget med armene, fordi man bliver slap når man er indlagt. Så at kunne kaste lidt bold til hinanden, eller sådan nogle gummibold, eller håndvægte. Hvis det nu er det man har lyst til, men i hvert fald lidt mere. Så det sælger mere. Og som sagt, måske bare lige have en engang imellem til at gå og motivere.

I: Så et par timer om dagen, hvor der stod en og hjalp lidt med...?

S: Ja nemlig, det behøver ikke være så længe. Bare lige til at få folk igang.

I: Det kunne jo også være lige at kunne fortælle om det. Lad os da lave det her med en elastik, eller det her, og det her og det her.

S: Det er jo det, men det sker jo ikke. De ligger her bare. Og så længe der bare er et stykke papir på med hvad du kan, så er der ikke nogen der gider, for det er den utryghed igen om man gør det rigtigt. Hvordan skal man bære sig ad med det, hvad står der, og hvad er det?

I: Og hvor hårdt det er, og kan jeg overhovedet gøre det og hvordan ja?

S: Så der mangler nogle informationer og nogle der ligesom viser lidt. Og sådan noget som elastikkerne, hvorfor tager man ikke sådan noget med ind på stuerne? Fordi så kan de jo ligge inde i sengen til at starte med, så det ville jo også kunne motivere dem til at komme ud og så sige: hov, nu blev det jo lettere. Er der måske nogle andre ting man kan lave her? Og måske nogle andre bånd, forklare dem at der er nogle andre bånd, og de ligger altså herude.

I: Ja det kunne man jo sagtens gøre.

S: Og så lige vise hvordan man kan bruge dem. Det tror jeg da også ville være en stor hjælp.

I: Ja helt klart, og det har vi jo også snakket med nogle af de andre om, at man kunne lige sætte en elastik ned i bunden af sengen. Så kan det godt være man ikke kan gå så godt, men så kunne man jo lige ligge ligeså stille.

S: Ja eller også sætte det rundt om foden og så trække. Så rører du jo også dine ben og kan måske lave andre ting.

I: Der er i hvert fald mange ting der kan gøre det nemmere at komme ud af sengen igen.

S: Ja og det mangler.

I: Der står jo faktisk også på den seddel der.

S: Ja men den er der ingen der læser, fordi...

I: Nej selvfølgelig er der ikke det, det er et lille skilt der er gemt helt væk.

S: Ja det ser man ikke.

I: Men der står jo egentlig at man bare må tage et og tage det med ind til sin seng.

S: Det bliver bare ikke det samme, som at man selv kan lave øvelser i sengen og en kan lære dig det. Hvis nu du gør sådan, og så kan du gøre sådan. Der mangler noget.

I: Jamen helt klart. Det der er overhovedet ikke nok.

S: Nej. Så der er mange grund til, at det ikke virker heroppe.

I: Ja det kunne jeg godt forestille mig.

S: Ja for som sagt, den dumme plante står i hvert fald i vejen for cyklen. Den er der ingen der ser.

I: Nej og nu var vi lige heroppe i sidste uge. Der var der også senge hernede, og der lå patienter hernede endda. Men den er så svær at gøre noget ved kan man sige, men øh.

S: Det er jo også deres egen skyld, for de kan jo lade være med at lave overbelægning.

I: Det er selvfølgelig rigtigt.

S: Og det ved de godt, at de ikke må.

I: Ja det må de ikke, det er rigtigt nok.

S: Så det er jo vanvid sådan noget altså. Det kan godt være at der kommer nogle ind akut, men så må man lade være med at tage flere ind end man har plads til.

I: Det er klart, for det var ret voldsomt den anden dag. Der lå 3-4 på gangene.

S: Ja det er også mange senge.

I: Ja men så er der jo slet ikke nogle der har lyst til at gå ud og cykle lige ved siden af en der ligger og sover.

S: Nej det nænner man ikke. Lidt respekt har man jo også overfor de andre, at det gør man bare ikke.

I: Og det synes jeg bestemt også man skal have, men så bliver det omvendt lidt respektløst at sætte cyklen der hvor der ligger nogle.

S: Ja nemlig ja. Det gør det nemlig. Så det er sådan lidt, det er synd.

I: Jaja det er jo det, og der er ikke så mange penge at gøre godt med. Så duer det ikke at sætte en cykel ned, som der ikke er nogle der bruger.

S: Ja når man endelig bruger ressourcer og penge på noget, og så bliver det ikke brugt. F.eks. den der stepmaskine. Den er der mange der har brugt som skammel, til at sidde på. Det er rigtigt, det er der, og det er jo ikke det der er formålet.

I: Nej det er det ved gud ikke.

S: Det er der mange der tror. Mange tror bare det er en skammel til at sidde på. Det er ikke blevet forklaret, at det er sådan en stepbænk. Og det er jo synd.

I: Ja den er ikke helt god.

S: Nej, men det er der altså mange der gør, de bruger den som skammel. Det duer overhovedet ikke, men det er jo fordi man ikke får besked på hvad det er.

I: Jaja men det er jo et rigtig godt eksempel på, at man mangler den der information om, hvad er det egentlig der foregår?

S: Nemlig. Og det synes jeg er smadder ærgeligt.

I: Ja det er virkelig virkelig ærgeligt. Og hvis det slet ikke bliver brugt her, så er det jo...

S: Ja det er synd, at det bare står, og alle mulige faktisk ikke ved hvad det er. Du kan jo se der står noget, men du kan jo ikke se at det er en cykel.

I: Ja. Øhm, har du selv været hernede og træne eller trænet frivilligt under din indlæggelse?

S: Nej ikke hernede.

I: Har du lavet noget inde på stuen eller sådan noget? Bare et eller andet frivilligt? Eller gået ture?

S: Altså jeg har gået rigtig meget. Det gør jeg fordi, når vi har spist så går jeg gerne en 3-4 gange op og ned af gangen. Så går jeg ned i forhallen, så står jeg ude ved et hjørne et sted og kigger på noget naturen og nyder det gode vejr og sådan lidt. Det gør jeg meget.

I: Jaa okay godt nok.

S: Jeg er ikke en af dem der bare sidder og sommetider kan de heller ikke finde mig heroppe, og så siger de åååh hvor er Sisse henne? Nåh hun er nede og gå.

I: Jamen det er jo godt nok.

S: Så jeg går rigtig meget. Og indimellem kan jeg også finde på at tage elevatoren, og så stopper jeg og tager trappen op.

I: Okay hold nu op. Det er jo mindst ligeså godt som at lave noget som helst heroppe kan man sige. Og der er jo mange der måske ikke engang ved, at det at gå faktisk er nok. De tænker træning og aktivitet og..

S: Ja men det ved man ikke. De forstår ikke rigtig den der, for hvis ikke man får noget af vide om det... Du får bare af vide du skal op og du skal selv hente din mad. Jamen hvorhen skal man bevæge sig? Der mangler lige det sidste. Og så måske sige noget sjovt, i stedet for bare at sige: nu skal du lige hente din mad. Så kan man lige finde på en eller anden sjov måde, at få folk ud af sengen på.

I: Nej så der er også noget italesættelse i det?

S: Ja det er der. Så det ikke bliver sådan noget tørt noget.

I: Ja og det er egentlig også ligemeget hvad der bliver sagt, det er bare måde og engagementet.

S: Ja og det mangler.

I: Jamen du har ikke set på de tage derovre, og så må man jo derover og kigge.

S: Jamen altså, hvad hvis vi går hened og kigger og ser den tydelige grønne farve der er derhenne på huset. Et eller andet ikke.

I: Jo eller skoven, der er så meget. Det har du helt ret i. Ja, så skal jeg høre, om du er opmærksom på at der er sådan et skema med alle ugens 7 dage, hvor der står nogle småaktiviteter ned. Så for mandag er der 9 aktiviteter man kan sætte streg ved. Sådan som at hente mad, og ja gået en tur.

S: Jojojojojojo den har jeg.

I: Er det noget du har sat streg ved?

S: Det har jeg fået af vide ja, og jeg har også sat streger. Jeg har gjort det flittigt, ja jo.

I: Wow det er ikke mange der ved at det skema eksisterer.

S: Det dumme er bare, man bare får af vide, at man skal sætte et V-tegn, og det gjorde jeg til at starte med indtil jeg selv læste på skemaet. Der står at jeg skal sætte streger. Du kan jo ikke bare krydse det af, som jeg fik besked på. Jeg fik besked på at jeg bare skulle krydse dem af for hver dag.

I: Jamen det giver jo ingen mening.

S: Nej det giver ikke mening.

I: Ja hentet mad, det kan man jo gøre flere gange. 4 gange, 5 gange.

S: Ja i hvert fald 4 gange, for der er jo både morgenmad, middagsmad, eftermiddagskaffe, aftensmad, men altså du får af vide, at du skal vinge det af, indtil du selv virkelig sætter dig ind i det. Så der mangler igen noget information. Jeg vidste da ikke der skulle sættes streger, jeg havde faktisk begyndt at vinge af, og så tænkte jeg: hov, hvad står der dér? Først begyndte jeg at rette så jeg satte streger, så jeg har gjort det rigtigt nu.

I: Har de sagt hvad de kan bruges til?

S: Næ.

I: Hvad tænker du? Kan du bruge det til noget?

S: Nej men jeg troede faktisk at de brugte det til at se om folk bevægede sig, og de samlede dem sammen. For dem der har ligger her et stykke tid, og så se hvor mange der egentlig gør noget selv. Men det var sådan noget man også selv skulle tænke over, hvad de blev brugt til. Og det er synd. For mange sætter nok også at de bare skal sætte et flueben, for det er det de får af vide.

I: Jamen det får man af vide af dem?

S: Ja det får du af vide af personalet. Ingen streger, bare et flueben hver dag for hvad du har lavet. Du skal bare aflevere sedlen og sige værsgod.

I: Jamen igen kan man også sige, at fik man af vide at de havde set at man havde gået 3 ture og du slutter med at gå 5 ture. Bare det ville være lidt bedre at få af vide.

S: Det ville det da. Der mangler også sådan en dimension. Og den ligger jo også bagerst i sådan et plastikchateque. Men hun viser den dog lige. Hun hiver den lidt ud, så man kan se lidt af den, men hun hiver den ikke helt ud og forklarer det ordentligt og hvorfor. Og det er så synd. Man kunne godt bruge en forklaring i stedet for at du selv skal begynde at kigge på det. For der er jo nok nogle der tænker, at det er for uoverskueligt.

I: Men det er jo en skide god forklaring der. Hvis man står og skal have forklaret noget, og så oveni købet får noget information der ikke er rigtigt. Så er der nok også mange der bare tænke, nej.

S: Ja det kunne være ligemeget. Det bliver for besværligt nu. Det er jo klart.

I: Nåh ja okay. Øhm, næste spørgsmål, er om du taler med de andre om aktivitet og hvad man kan lave under indlæggelsen?

S: Der er da nogle stykker jeg gør. Selvfølgelig, altså også det at jeg snakker med dem under maden. Ja og snakker om fredagsgymnastikken og det var meget sjovt og det kunne man være med til næste gang der var gymnastik. Det er rigtig dejligt. De er jo også positive overfor det der var, og der var også en mand der var

lidt i tvivl om han kunne gøre det. Indtil han fandt ud af hvad det var. Så hyggede han sig, det kunne man se. Altså han skulle virkelig bare op på tæer, så det var jo sjovt altså.

I: Ja det er godt, det er rigtig godt.

S: Han sad da også og roste sig selv, og sagde ja jeg har været med til sådan noget før. Og jeg kunne godt.

I: Ja han var helt stolt.

S: Ja det var han. Og han sagde at godt kunne have brugt nogle håndvægte, og spurgte efter dem og ham der stod for det sagde, at det skulle han nok få, men han lod dem jo bare ligge nede i skuffen, så han fik dem jo aldrig.

I: Ej det duer jo ikke.

S: Nej, og han sagde at han er så tynd og afkræftet, at han godt kunne tænke sig at få gang i de muskler, og så sagde han: har du ikke nogle små håndvægte? Jo det havde han, men når han ikke får dem udleveret, hvordan skal han så kunne træne? De havde også nogle bolde med, men dem brugte de heller ikke og det undrede mig lidt. De kunne lære folk at bruge dem og gøre et eller andet med dem. Det hele lå bare i sådan en kurv og blev ikke brugt. Også for at motivere igen og gøre det ekstra sjovt, kunne man bruge patienterne til at vise hvordan øvelserne skulle laves, så de kan blive en del af det og blive stolte af sig selv.

I: Ja det er jo helt skidt, og man kan jo ikke gå herud og finde håndvægte idag.

S: Ja og kunne man så bare det, kunne de jo gå ned og hente det, men man skal vide det er der.

I: Tror du det at snakke om det med de andre patienter, tror du det giver mere motivation?

S: Helt sikkert, også hvis sygeplejerskerne måske kunne låne nogle af redskaberne ud, og tage det med ind og vise dem. Se nu her, der er nogle bolde her og nogle håndvægte og så kan man komme ud og være med og måske låne dem til næste gang. Et eller andet. Det kunne da være en motivation også i hvert fald. Så der mangler virkelig nogle ting.

I: Lige præcis det her hjørne, er det noget I har snakket om blandt patienterne?

S: Ja, vi har snakket om hvad det skulle gøre godt for. Om det var et eller andet vi måtte låne, for vi aner det ikke. For vi ved ikke om det er sygeplejerskerne der går ned med nogle patienter og øver eller hvad det er til. Vi aner det simpelthen ikke. Selv ikke i papirerne vi får står der noget om det. Så der mangler noget information om det. Eller at det var en fysioterapeut der brugte den. Så folk ved måske ikke at de må.

I: Så du tænker at det er ret generelt at folk ikke ved hvad hjørnet kan bruges til?

S: Ja det er ret generelt, for folk vil jo ikke bruge det, for tænk nu hvis det er fysioterapeuterne der skal ned og øve med en patient. Det er lidt mærkeligt.

I: Ja det er lidt underligt. Øhm, ja det er jo noget af det vi har været inde på. Om du synes der er noget man kunne ændre her på afdelingen for at folk kom lidt mere igang?

S: Altså få nogle flere farver på de papirer der har med træning at gøre, for at gøre dem spændende at man kan de ting. Og holdtræning og mulighed for at bruge bolde og håndvægte. Et eller andet i hvert fald. Og så måske at det er alene de ting man laver, at man kan være sammen om nogle af tingene, med at kaste en bold til hinanden og sådan. Der er jo nok nogle der har lidt problemer med ryggen, og de er måske ældre, men det er jo ligemeget. Bare det at man er sammen om noget, kan også give noget andet, tænker jeg. Så at man hjælper hinanden og den dur.

I: Det tror jeg nu du også har ret i. Og så også italesættelsen af det.

S: Også det der med elastikkerne. Vis det dog til holdtræning eller på stuerne hvad man kan bruge dem til. Og vise, at nu er de her og så kan du lave de her øvelser. Vise dem, og alle får en let til at starte med og så kan de måske det med den. Det kan de jo bruge den til, og det kunne være alletiders. Så kan man måske også hjælpes ad inde på stuerne, og så begynder man at hente den anden farve ikke? Og så motivere hinanden til også at kunne komme op på en sværere elastik. Altså det ville jo også give noget motivation.

I: Ja det ville i hvert fald hjælpe på, at det ikke bare er låst fast hernede i hjørnet.

S: Ja og det betyder jo også meget. Der mangler nogle farver hist og her.

I: Jamen sådan er hospitalsverdenen jo.

S: Ja det ved jeg godt, men så bare nogle pæne billeder med lidt farve på. Friske farver og gøre flyersne større. Så kan man sagtens se dem. Der er jo masser af plads at bruge.

I: Ja og elastikkerne er ikke engang pakket ud.

S: Ja så gider man ikke.

I: Ja og vær med i vores ”cykelkonkurrence”.

S: Ja den hænger da der, men den hænger da ikke nogle andre steder. Ja hvorfor skal den hænge dernede. Det virker jo ikke, folk ser den jo ikke hvis den ikke hænger længere op af. De har opslagstavler på stuerne. Hvorfor laver man det så ikke sådan, at man hænger dem op på stuerne? Så tag lige at læs hvad der står på opslagstavlen. Der mangler virkelig noget information synes jeg.

I: Ja det kan jeg være enig med dig i, men jeg opleverer det jo ikke til daglig og det er jo det vigtige, hvorhenne hjulet springer af.

S: Jamen det springer virkelig af der. For ingen ser det, og der kommer ingen information omkring det, så folk får ikke engang forsøget til at kunne gøre noget. Og de to trænere der var der den dag, de måtte jo selv gå ind på stuerne og høre folk, om de ville være med. Og det er jo ikke deres job, det er jo sygeplejerskerne, men det gjorde de ikke.

I: Jamen jeg tror egentlig det var det, jeg har ikke flere spørgsmål. Er der noget du gerne vil tilføje?

S: Nej ikke udover at jeg synes det er synd at sygeplejerskerne ikke gør mere for patienterne, for så må man ansætte flere varme hænder. Og få hjælp af patienterne, så de friske lige kunne give en hånd. Det er jo ikke sådan noget man skal have penge for, men man vil jo gerne hjælpe andre mennesker og afhjælpe rigtig mange dumme ting.

I: Det vil vi i hvert fald tage med. Men hvis der ikke er mere at tilføje, så tror jeg det er det.

Interview 11 - Interview med Verner

I=Interviewer

V=Verner

I: Nu skal du se her. Det første spørgsmål det er, hvordan synes du selv dit aktivitetsniveau er? Hvordan er din form?

V: På nuværende tidspunkt?

I: Ja, lige nu.

V: Den er nul.

I: Den er nul?

V: Ja.

I: Nåh jo, men du kommer da ud af sengen.

V: Ja det gør jeg.

I: Er der nogle der hjælper dig eller hvad?

V: Sommetider. Men lige nu kan jeg selv.

I: Det ser også sådan ud. Så det er vel ikke helt nul?

V: Neeej, det er det ikke, men man kunne jo godt sige det var bedre.

I: Det er rigtigt nok. Er der nogle der har fortalt dig om, hvor vigtigt det er at bevæge sig?

V: Jaa, det er der.

I: Også heroppe?

V: Ja. Der har fortalt hvor vigtigt det er at komme igang.

I: Okay, og er det sygeplejeskerne eller er det lægen?

V: Ja, blandt andet.

I: Du tager altså bare en tår og en bid af det der. Det er helt okay. Det lyder som om du godt selv ved det er vigtigt at bevæge sig, men betyder det noget når lægerne og sygeplejeskerne også siger det? Gør det det vigtigere for dig?

V: Jamen det tager jeg alvorligt ja.

I: Det gør du?

V: Ja det gør jeg. Det er helt sikkert. Jeg skal ikke være kloge åge.

I: Nej det er nok en god idé. Så er du klog på så mange andre ting. Så er de klog på det her, og så er du klog på de ting du ved. Hvad har de sagt til dig? Har de prøvet at sige: Kom lad os gå en tur eller?

V: Ja kom ud og prøve og sådan.

I: Men prøver de at hjælpe dig?

V: Også det ja, ja ja ja ja. Der er ikke noget.

I: Nej. Og hvad for nogle aktiviteter ved du hvad man kan lave herude?

V: Jaja bl.a. gymnastik hver uge. Ja jo, men ellers har jeg jo altid gået og sådan der.

I: Også i det private?

V: En gang om ugen har jeg altid været i Hammer Bakker, og næste uge kan jeg tage til Lundby og gå oppe i bakkerne der. Tredje uge, der leger vi, og så kan jeg også spille fodbold ude i Skovbakken, men det er mere sjældent. Der leger vi også.

I: Men det er godt kuperet.

V: Ja og så vader vi også derude i vildmosen. Den går jeg meget i.

I: Så hvad tænker du om de muligheder du har her på afdelingen? Der er gymnastik, der er en cykel. Er der gode muligheder?

V: Ja det er der. Jeg har også overvejet i det øjeblik jeg kan for min ryg så må jeg hellere igang med cyklen så længe jeg er her. Jeg regner da ikke med jeg skal blive her så mange dage.

I: Det tror jeg heller ikke er særlig sjovt. Det skal du da heller ikke. Du har smilet, det er noget af det vigtigste at have tilbage. Det gode humør, det hjælper altså. Nåh men, har du været med til det der gymnastik? Har du prøvet at være med?

V: Jajajaja.

I: Hvad for en dag er det det er?

V: Det er fredag formiddag.

I: Fredag ja, det er rigtigt.

V: Fra 10-11 eller 11-12. Nej 10.30 til 11.

I: Ja, og det har du været med i?

V: Jaja.

I: Hvor mange er med? Hvor mange deltager?

V: Det ved jeg sårme ikke. Vi er så mange som fylder det rum der. I cafeteriet eller det der. Jeg ved ikke hvor mange der kan være der. Det bliver værre og værre, vi sidder så tæt så tæt.

I: Og hvaaa. Ja 10 stykker måske kan der være der.

V: Nej der kan være mere.

I: 15?

V: Ja, jeg tror mere på 20. Det tror jeg.

I: Nåh ja, okay. Det er da godt.

V: Det var det i hvert fald sidst jeg var der.

I. Ja. Hva, hvorfor kommer du med til det gymnastik?

K: Det er fordi jeg ville prøve, og så tænkte jeg gymnastik hvad er det for noget, og så prøvede jeg. Jeg har aldrig gået til gymnastik, kun lidt da jeg var soldat.

I: Nå, var det en del af soldaterprogrammet?

V: Nej det var på egen betaling.

I: Er det også sjovt socialt at være med?

V: Ja det er det da, det er da skægt. Så kan man lige komme ud og snakke og sådan.

I: Nå okay, så det er ikke kun hård træning?

V: Nej.

I: Nu sagde du, at du vidste godt der var en cykel.

V: Ja den har jeg set.

I: Har du følt at du har haft mulighed for at bruge den?

V: Hva?

I: Har du haft mulighed for at bruge den? Nå ja nu har du jo godt nok problemer med ryggen.

V: Ja.

I: Men hvad tænker du sådan i forhold til..?

V: Nu har jeg tænkt på den cykel der. Når jeg begynder at kunne bevæge ryggen noget mere, så vil jeg igang med den. For der bestemmer man jo selv. Tryk og farten.

I: Ved du om der er andet dernede end cyklen?

V: Det har jeg ikke lagt mærke til, jeg har kun set cyklen. Det var den eneste jeg lagde mærke til.

I: Der er 2 andre ting.

V: Er der det?

I: Ja. Der er sådan en lille bænk, man kan øve sig i at gå op på.

V: Nå jaja den så jeg godt jaja.

I: Ja sådan lidt som en trappe.

V: Jaja det er det ja.

I: Og hvad med... Der er faktisk også elastikker.

V: Jo nu du siger det.

I: Jeg ved ikke om du nogensinde har tænkt på det, men hvis man nu havde en elastik hernede i enden, kunne du så finde på at ligge og bruge det, og ligge og lave lidt styrketræning?

V: Jeg har haft det. Der var engang for mange år siden kan man godt sige. Jeg døjede sådan med ryg og skulder. Så købte jeg sådan en til at kunne strække ud. Den satte jeg lige her, og så sad jeg i sengen og så (demonstrerer øvelse)

I: Jamen det er jo også lidt mave og arme og det hele.

V: Arme og muskler og jaja. Den brugte jeg, og jeg ved ikke engang om jeg har den endnu. Det tror jeg ikke. Men de sælger dem nok stadigvæk.

I: Ja det gør de garanteret. Så det kunne man måske godt bruge sådan lidt?

V: Ja den brugte jeg da. Og der gik jeg også til fysioterapeut med ryggen, jeg tror det var 14 gange. Jeg tror det var sådan noget.

I: Ja okay, det var mange gange.

V: Ja men jeg kan ikke helt huske det. Nej det var jo nok med fingeren her.

I: Orv hvad er der sket med den.

V: Ja der er skåret et stykke af den. Og den der den har været bundet sammen. Så blev den skæv dér.

I: Nå hold da helt op. Men de ser nu fine nok ud nu.

V: Ja.

I: Nå lad os lige se. Øh, altså når du går en tur her på gangen, tænker du så bevidst, at det er fordi det er godt for dig? Eller gør du det bare fordi du keder dig?

V: Jamen jeg tænker på, at det er godt at jeg kan. For det er jo ren fremad, for hvis man går ind og sætter sig her, så kommer man aldrig ud af reden igen. I det øjeblik, at man kan begynde at gå uden smerter, så skal man jo være ved det.

I: Det tror jeg helt klart du har ret i. Øhm, er det noget du sådan snakker med nogle af de andre patienter om?

V: Nej det er det sådan set ikke.

I: Nej, så det med at det er godt lige at gå en tur, det er ikke noget man snakker med de andre om?

V: Nej ikke endnu. Der har jo været nogle sådan, hvor vi har diskuteret forskellige former. For nu har jeg efterhånden ligget med mange her på stuerne. De skifter jo hver anden dag.

I: Gør de det?

V: Ja næsten. De flytter i hvert fald ofte rundt heroppe.

I: Men det er vel heller ikke så sjovt at blive rykket hele tiden?

V: Nej når man lige når at kende nogle, og man snakker godt sammen ikke? Så er det træls at blive flyttet.

I: Ja det er det. Har du snakket med nogle af de andre patienter om cyklen eller om gymnastikken?

V: Nå ja det har vi, hvis man sådan lige har stødt på hinanden der, og så diskuteret det der.

I: Er det godt nok at snakke med andre om det?

V: Jamen det er det da.

I: Og så egentlig sidste spørgsmål her. Det er, er der noget du tænker de kan blive bedre til, for at du kommer lidt mere ud af sengen?

V: Nej det ved jeg ærlig talt ikke. Man må hele tiden se på de kræfter man har. Og så lang tid, at man ikke kan, så kan man ikke altid sætte nogle mål.

I: Men man kan sige, man kunne eksempelvis lave det med elastikken, hvis benene ikke havde det så godt. Så kunne man jo lave noget med armene.

V: Ja det kunne man da.

I: Det kunne også være, de skulle holde jer under armen og gå en tur.

V: Ja for nu tog jeg jo rollatoren, og så kører jeg bare her og så tilbage igen og sådan. Den kan godt nok bruges.

I: Er det din egen?

V: Ja. Nej jeg har aldrig haft rollator derhjemme.

I: Så det er en du har lånt heroppe?

V: Det er det ja. Jeg har aldrig haft noget hjælp derhjemme.

I: Er det dig selv der har spurgt om den?

V: Nej, det er en de har stillet til rådighed og spurgt om jeg ville have. Så sagde jeg selvfølgelig ja.

I: Jaja fordi det kan hjælpe med...

V: Ja. For der havde jeg jo prøvet den. Prøvet at lære, og så prøve at gå med den. Ellers brugte jeg jo det stativ der til at. Der ville jeg jo godt se hvad den der kunne.

I: Ja det hjælper meget.

V: Ja, men så. Men tager jeg lige fat her og så rækker jeg over, så kan jeg godt gå herfra og derover selv.

I: Hvad med at hente mad. Gør du selv det, eller kommer de med det?

V: Det har de nogle søde der går med mig for at hente maden. Så følges vi ad. Det er også hyggeligt.

I: Ja det er det. Nå men jeg tror faktisk ikke der er så meget mere, jeg kan spørge dig om i det her. Det var dejligt du ville være med.