



FYSISK AKTIVITET I PSYKIATRIEN  
Erfaringer fra et landsdækkende  
implementeringsprojekt

2009

## **Fysisk aktivitet i psykiatrien – erfaringer fra et landsdækkende implementeringsprojekt**

Udarbejdet af Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: fysisk aktivitet, psykiatri, implementering, evaluering

Kategori: Evalueringsrapport

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 10.07.2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-949-9

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juli 2009

## Forord

Denne evalueringsrapport samler erfaringerne fra aktiviteter på de 21 psykiatriske afdelinger, der i 2007 modtog støtte fra Sundhedsstyrelsen til at implementere fysisk aktivitet som en mere systematisk del af behandlingen og dagligdagen. Baggrunden var erfaringer, der var indhøstet fra Sundhedsstyrelsens modelprojekt om fremme af fysisk aktivitet for indlagte psykiatriske patienter i 2005-6.

Evalueringen viser, at det for relativt små midler er muligt at integrere fysisk aktivitet i behandlingen af psykiatriske patienter på forskellige typer af psykiatriske afdelinger med gode resultater.

Med udgangspunkt i psykiatriske patienters overhyppighed af sygdomme relateret til inaktiv livsstil, er der al mulig grund til at bruge deres kontakt med sundhedsvæsenet som en anledning til at styrke patienternes fysiske aktivitetsniveau.

Evalueringen er foretaget af Center for Kvalitetsudvikling for Sundhedsstyrelsen, og med den har vi fået nogle værdifulde erfaringer om, at det kan lykkes at gøre både de psykiatriske patienter og personalet mere fysisk aktive, samt fået gode råd om, hvordan det kan gøres.

Sammen med erfaringerne fra modelprojektet danner evalueringen baggrund for formuleringen af Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at fysisk aktivitet bør integreres som et systematisk tilbud i behandlingen af psykiatriske patienter, herunder indgå i patienternes behandlingsplaner.

Nærværende evalueringsrapport henvender sig til ledere, planlæggere og medarbejdere i psykiatrien, der arbejder med tilrettelæggelse af behandlingsindsatsen for psykiatriske patienter.

Sundhedsstyrelsen håber, at evalueringsrapporten vil sætte fokus på fysisk aktivitet for psykiatriske patienter og inspirere psykiatriske afdelinger til at implementere den i hverdagen.

**Else Smith**  
Centerchef

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Resumé</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Indledning</b>	<b>9</b>
2.1	Metode og data – interview og spørgeskema	9
2.2	Evalueringsspørgsmål	10
<b>3</b>	<b>Om de implementerende afdelinger</b>	<b>12</b>
3.1	Baggrundsdata om de deltagende afdelinger	12
3.2	Erfaringer med fysisk aktivitet før projektet	12
3.3	Status på implementeringen af fysisk aktivitet	12
<b>4</b>	<b>Brugen af modelkonceptet</b>	<b>13</b>
4.1	Sundhedsstyrelsens materiale	13
4.2	Organisering	14
4.3	Ledelsens rolle	15
4.4	Patient-, pårørende- og personaleinvolvering	16
4.4.1	Patientinvolvering	16
4.4.2	Pårørendeinvolvering	17
4.4.3	Personaleinvolvering	17
4.5	Brug af fysisk aktivitetskonsulent	17
4.5.1	Interne og eksterne aktivitetskonsulenter	18
4.6	Tilbudte aktiviteter	19
<b>5</b>	<b>Resultater af implementeringsprojektet</b>	<b>21</b>
5.1	Udvikling i aktivitetsniveau hos patienter	21
5.2	Implementering i behandlingsplaner og -konferencer	22
5.3	Udvikling på afdelingerne i øvrigt	23
5.3.1	Fysiske rammer	23
5.3.2	Personalets dokumentation af og holdning til fysisk aktivitet	23
5.3.3	Personalepolitik og fysisk aktivitetsniveau hos personale	24
5.3.4	Patient- og personalerelationer	24
5.3.5	Indflydelse på medicinering	25
<b>6</b>	<b>Perspektiver for fysisk aktivitet i behandlingen</b>	<b>26</b>
6.1	Bidrag fra afdelingerne	26
6.1.1	Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed	26
6.1.2	Efterfølgende fastholdelse af fysisk aktivitet hos patienterne	26
6.1.3	Behov for fremtidige understøttende tiltag	27
6.1.4	Aktivitetskonsulenternes rolle, funktioner og betydning	27
6.2	Bidrag fra aktivitetskonsulenterne	28
6.2.1	Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed på afdelingen	28
6.2.2	Behov for fremtidige understøttende tiltag	29
6.2.3	Aktivitetskonsulenternes rolle, funktioner og betydning for implementeringen	29
6.2.4	Erfaringer i forbindelse med uddannelse af og netværk for aktivitetskonsulenterne	29
6.2.5	Eksterne aktørers rolle og betydning (SinusLiv)	30

6.3	Bidrag fra SinusLiv	30
6.3.1	Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed	30
6.3.2	Behov for fremtidige understøttende tiltag	30
6.3.3	Erfaringer i forbindelse med uddannelse af og netværk for aktivitetsskonsulenterne	31
<b>7</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>32</b>
7.1	Empiriske resultater	32
7.1.1	Forudsætninger	32
7.1.2	Input	32
7.1.3	Resultater	33
7.1.4	Fastholdelse	34
7.2	Anbefalinger	34
7.2.1	Forudsætninger	34
7.2.2	Input	34
7.2.3	Resultater	35
7.2.4	Fastholdelse	36
<b>8</b>	<b>Bilagsmateriale</b>	<b>37</b>
8.1	Metode og data – det kvantitative spørgeskema	37
8.1.1	Spørgeskemakonstruktion	37
8.1.2	Faglig følgegruppe og pilottest	37
8.1.3	Gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen	38
8.1.4	Resultater og datakvalitet	38
8.2	Metode og data – de kvalitative interview	39
8.2.1	Konstruktion af interviewguider	39
8.2.2	Faglig følgegruppe og pilottest	39
8.2.3	Interviewenes gennemførelse	40
8.2.4	Resultater og datakvalitet	40
8.3	Data - afsnit 4	41
8.4	Data - afsnit 5	45
8.5	Data - afsnit 6	50
8.6	Udvalgte besvarelser på spørgeskemaets åbne spørgsmål	52

# 1 Resumé

For at fremme brugen af fysisk aktivitet i det psykiatriske sundhedsvæsen iværksatte Sundhedsstyrelsen i 2005-2006 et modelprojekt på fire afdelinger i landet. De erfaringer, som blev gjort i modelprojektet, har dannet baggrund for iværksættelsen af et implementeringsprojekt på 21 psykiatriske afdelinger i hele landet.<sup>1</sup>

Disse afdelinger skulle opfylde visse kriterier i forhold til deltagelsen i implementeringsprojektet: De skulle selv medfinansiere projektet med mindst 10.000 kr.; den fysiske aktivitet skulle indarbejdes i patienternes behandlingsplaner; og afdelingerne skulle indvillige i at bidrage til evalueringen af projektet. I efteråret 2007 modtog afdelingerne på disse betingelser økonomisk medfinansiering på 10.000 kr. fra Sundhedsstyrelsen til brug for eksempelvis opgradering af fysiske rammer og indkøb af udstyr med henblik på øget fysisk aktivitet. Derudover har afdelingerne haft mulighed for at få støtte til implementeringen af den fysiske aktivitet fra en fysisk aktivitetskonsulent uddannet af konsulentfirmaet SinusLiv.

Nærværende evalueringsrapport baserer sig på en overvejende kvantitativ spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen blev afviklet februar-marts 2009. I alt 65 udvalgte svarpersoner modtog spørgeskemaet – med få undtagelser tre fra hver af de 21 afdelinger. Der kom valide svar fra 59 personer, svarende til en svarandel på 91 %. Der blev i alt gennemført otte telefoninterview i løbet af januar 2009. Interviewgruppen bestod af to medarbejdere, to afdelingssygeplejersker og tre aktivitetskonsulenter med erfaring fra syv forskellige afdelinger samt lederen af SinusLiv.

Undersøgelsens vigtigste empiriske resultater er:

- Afdelingstype og tidligere erfaring med fysisk aktivitet i behandlingen synes ikke at spille væsentligt ind i forhold til resultaterne af implementeringsprojektet
- Noglepersoner med forudgående interesse for fysisk aktivitet samt et afsæt i en tydelig ledelsesbeslutning og -opbakning er vigtige befordrende faktorer
- Omstruktureringer af organisatorisk eller personalemæssig karakter samt vigende ledelsesopbakning og selve tidsforbruget udpeges som de vigtigste barrierer for implementeringen af den fysiske aktivitet
- Knap 40 % af afdelingerne<sup>2</sup> har udviklet videre på Sundhedsstyrelsens modelkoncept, der er udfoldet stor kreativitet med hensyn til at udvikle innovative aktiviteter, og erfaringerne tyder på, at dette er til gavn for de opnåede resultater

---

<sup>1</sup> Erfaringerne er belyst i rapporten "Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet – modelindsats på psykiatriske afdelinger", Sundhedsstyrelsen, 2006. Rapporten kan hentes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk/publ/Publ2006/CFE/Fysisk\\_aktivitet\\_psyk/Evaluerings\\_FysAktiv\\_psyk.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFE/Fysisk_aktivitet_psyk/Evaluerings_FysAktiv_psyk.pdf).

<sup>2</sup> Alle procentangivelser henviser til spørgeskemabesvarelsene fra medarbejdere og ledere på afdelingerne.

- 67 % af respondenterne vurderer konceptet og det øvrige materiale som inspirerende, men 20 % savner viden om materialet
- Arbejdet med at arrangere de fysiske aktiviteter er typisk bredt fordelt på personalegrupperne, men det er i de fleste tilfælde en mindre kreds, som faktisk deltager i aktiviteterne sammen med patienterne
- Aktivitetskonsulenterne spiller generelt en betydende rolle som undervisere, vejledere, inspiratorer m.m. Der er tilfredshed med uddannelsen og konsulenternes kvalifikationer
- 30 spørgeskemasvarpersoner angiver, at deres afdeling er kommet langt med implementeringen, hvorimod 22 personer svarer, at man er i gang, men mangler en del. Fem respondenter svarer, at deres afdeling stort set ikke er kommet i gang
- 82 % vurderer, at patienternes fysiske aktivitetsniveau er øget; 100 % svarer, at den fysiske aktivitet i høj grad eller i nogen grad har gavnnet patienterne (heraf svarer 61 % "i høj grad")
- 68 % vurderer, at den fysiske aktivitet har bidraget til at forbedre patienternes psykiske tilstand, mens 65 % svarer, at fysisk aktivitet har ført til en reduktion af afdelingens medicinforbrug i mindre, nogen eller høj grad
- I gennemsnit er fysisk aktivitet kun en del af ca. 40 % af patienternes behandlingsplaner, på trods af at dette var et krav i forbindelse med Sundhedsstyrelsens medfinansiering
- I en vis udstrækning synes internt ansatte aktivitetskonsulenter at spille en mere central rolle for implementeringen sammenlignet med afdelinger, der har trukket på timebetalte eksterne aktivitetskonsulenter
- 63 % svarer "i mindre grad" eller "slet ikke" til spørgsmålet om, i hvor høj grad de forventer, at patienterne vil fortsætte med fysisk aktivitet efter udskrivelsen (kun 4 % svarer "slet ikke")
- 67 % af respondenterne mener, at de investerede ressourcer i høj eller nogen grad har stået mål med udbyttet af projektet.

Undersøgelsens fremadrettede anbefalinger er:

- Afdelingsledelsens stadige opbakning og prioritering af den fysiske aktivitet er helt central og bør afspejles for eksempel ved udarbejdelse af arbejdstidsplaner, så der er afsat tid og ressourcer til planlægning og gennemførelse af aktiviteter, såvel som til løbende evaluering og drøftelse af implementeringen
- Hele personalegruppen skal så vidt muligt involveres i implementeringen af den fysiske aktivitet til gavn for relationerne mellem patienterne og personalegruppen. Alternativt skal man udpege nøglepersoner blandt personalet, gerne nogle som på forhånd har interesse for fysisk aktivitet

- Det anbefales fra første færd at etablere en fast, gerne tværfaglig aktivitetsgruppe, som arbejder med planlægning og udførelse af fysiske aktiviteter, og som suppleres løbende med tanke på personaleudskiftning
- Patienterne bør søges involveret i planlægning af aktiviteterne, da dette ofte øger deltagelse og engagement
- Hensynet til arbejdet med fysisk aktivitet bør integreres i afdelingens rekruttering og personalepolitik, eventuelt udviklet som et personalegode
- Det anbefales at have særligt fokus på at sikre lægegruppens engagement i at integrere den fysiske aktivitet i behandlingsplanerne
- Det anbefales, at man er opmærksom på at få mest mulig gavn af fysisk aktivitetskonsulenten som nøglefigur i forhold til kompetenceudvikling, engagementsskabelse og planlægning
- Der er en række fordele forbundet med at kunne trække på en internt ansat aktivitetskonsulent, og det anbefales, at nye afdelinger får uddannet deres egen konsulent
- Det anbefales, at konsulentuddannelsen i højere grad skal tage højde for virkeligheden på en psykiatrisk afdeling, og at netværket for aktivitetskonsulenter kommer til at spille en mere opsøgende rolle – f.eks. via et nyhedsbrev, som orienterer på tværs af de deltagende afdelinger
- Afdelingerne efterspørger at Sundhedsstyrelsen er tydeligt på banen i forhold til sygehusejere og -ledelser med faglige udmeldinger vedrørende fysisk aktivitet i psykiatrien, herunder det nødvendige i at prioritere opgradering af fysiske rammer, uddannelse af personalet og netværk for aktivitetskonsulenter.



## 2 Indledning

Sundhedsstyrelsen iværksatte i 2005-2006 et modelprojekt på fire psykiatriske afdelinger for at fremme brugen af fysisk aktivitet i behandlingen. Erfaringerne fra dette projekt er belyst i en tværgående evalueringsrapport offentliggjort i november 2006,<sup>3</sup> og evalueringresultaterne dannede siden afsæt for et sprednings- og implementeringsprojekt med start i 2007. I løbet af efteråret 2007 modtog 21 psykiatriske afdelinger<sup>4</sup> således økonomisk medfinansiering fra Sundhedsstyrelsen på 10.000 kr. pr. afdeling. Udover denne økonomiske støtte til opgradering af fysiske rammer, indkøb af udstyr m.v. har afdelingerne haft mulighed for at benytte sig af aktivitetskonsulenter som støtte for implementeringen af modelkonceptet. Aktivitetskonsulenterne er uddannet af konsulentfirmaet SinusLiv som led i modelprojektet.

Kravene til afdelingerne i forbindelse med projektet var for det første, at afdelingerne selv skulle bidrage til finansieringen af projektet med mindst et tilsvarende beløb af eget budget; for det andet at fysisk aktivitet skulle integreres i patienternes behandlingsplaner på afdelingerne; samt for det tredje at afdelingerne skulle deltage i evaluering af implementeringsprojektet, som afrapporteres med nærværende rapport.

Evalueringens formål er at formidle erfaringer fra de 21 implementerende afdelinger. Evalueringen skal bidrage med viden om, hvordan konceptet fra modelprojektet, herunder især aktivitetskonsulenterne, har fungeret. Evalueringsrapporten belyser lederes, medarbejderes og aktivitetskonsulenters syn på muligheder og udfordringer i implementeringen af den fysiske aktivitet på psykiatriske afdelinger. På baggrund af resultaterne giver rapporten anbefalinger til andre psykiatriske afdelinger, der ønsker at indføre eller styrke fysisk aktivitet som led i behandlingen.

### 2.1 Metode og data – interview og spørgeskema<sup>5</sup>

I løbet af efteråret 2008 udarbejdede Center for Kvalitetsudvikling dataindsamlingsinstrumenter til henholdsvis spørgeskema- og interviewundersøgelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Der blev udarbejdet et spørgeskema med fokus på at få en belysning af lederes og personales oplevelse af implementeringsprojektet på tværs af de deltagende afdelinger. Samtidig blev der udarbejdet fire interviewguider til brug i forbindelse med kvalitative interview med ledere og personale fra afdelingerne, aktivitetskonsulenter og konsulentfirmaet SinusLiv. Dataindsamlingsinstrumenterne blev endeligt godkendt af Sundhedsstyrelsen medio december 2008.

---

<sup>3</sup> Se fodnote 1.

<sup>4</sup> Enkelte af deltagerne betegnes formelt som afsnit, men af hensyn til læsevenligheden anvendes betegnelsen "afdeling" til at dække alle projektets 21 deltagere.

<sup>5</sup> En mere udførlig metodebeskrivelse samt diskussion af datagrundlaget findes i bilag 8.1 og 8.2.

Der blev i alt gennemført otte telefoninterview i løbet af januar 2009. Interviewgruppen bestod af to personaler, to afdelingssygeplejersker og tre aktivitetskonsulenter fra syv forskellige afdelinger samt lederen af SinusLiv. Interviewpersonerne blev udvalgt med hjælp fra SinusLiv med henblik på at få afdækket positive henholdsvis mindre positive erfaringer med implementeringen af fysisk aktivitet.

Spørgeskemaundersøgelsen blev igangsat fra starten af februar 2009 og afsluttet ultimo marts 2009. Det elektroniske spørgeskema blev med enkelte undtagelser udsendt til tre repræsentanter fra hver af de 21 implementerende afdelinger, så i alt 65 svarpersoner modtog spørgeskemaet. De tre svarpersoner skulle repræsentere en i projektet meget involveret medarbejder, en mindre involveret medarbejder og en leder. Svarprocenten på spørgeskemaet blev 91 % (svarende til, at der kom valide besvarelser fra 59 af de 65 udvalgte svarpersoner), hvilket må betragtes som tilfredsstillende.

Bortfaldet skyldtes i de fleste tilfælde jobskifte eller langvarig ferie, men der var også to respondenter, som ikke fik svaret trods gentagne påmindelser. Fem ud af de 59 angav, at afdelingen enten slet ikke eller kun i meget beskedent omfang havde implementeret fysisk aktivitet i behandlingen, hvorfor disse svarpersoner blev dirigeret uden om hovedparten af spørgeskemaets evalueringsspørgsmål.<sup>6</sup> Derudover var der to pilottestere, som ikke indgår i det statistiske datamateriale af hensyn til validiteten, fordi de svarede på en foreløbig version af spørgeskema. På variabelniveau er der derfor i praksis 52 svar på de fleste spørgsmål. Svarmønstrene fremgår af bilag 8.3, 8.4 og 8.5. De to pilottesteres kommentarer i de åbne svarkategorier er dog taget i betragtning på linje med de øvrige respondenter. Udvalgte svar på de åbne spørgeskemaspørgsmål fremgår af bilag 8.6.

Dataindsamlingsinstrumenterne gennemgik validering via inddragelse af Sundhedsstyrelsen samt en faglig følgegruppe ligesom der gennemførtes pilottest på udvalgte afdelinger. Samlet vurderes datasættet at have en tilfredsstillende grad af gyldighed og pålidelighed i afspejlingen af de faktiske erfaringer på projektafdelingerne.

## 2.2 Evalueringsspørgsmål

I forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskema og interviewguider er der taget udgangspunkt i nedenstående evalueringsspørgsmål:

### 1. Hvad karakteriserer de implementerende afdelinger?

- Afdelingstype
- Patientsammensætning og -gennemstrømning
- Personalesammensætning

---

<sup>6</sup> På de tre afsnit, hvor en eller flere svarpersoner svarede, at implementeringen var forsinket, var de primære angivne årsager organisatoriske ændringer og/eller stor personaleudskiftning.

- Tidligere erfaring med fysisk aktivitet i behandlingen

## 2. I hvilken grad efterfølges modelkonceptet?

- Vurdering og brug af Sundhedsstyrelsens materiale
- Beskrivelse af tiltag og organisering sammenholdt med modelkonceptet – bl.a.:
  - i. Organisering og ledelse
  - ii. Patient-, pårørende- og personaleinvolvering
  - iii. Brug af fysisk aktivitetskonsulent
  - iv. Tilbudte aktiviteter
- Beskrivelse af afvigelser og nye tiltag i forhold til konceptet

## 3. Hvilke resultater kan konstateres på afdelingerne?

- Udvikling i fysisk aktivitetsniveau hos patienter
- Omfang af implementering i behandlingsplaner og -konferencer
- Udvikling på afdelingerne i øvrigt:
  - i. Fysiske rammer
  - ii. Personalets dokumentation af og holdninger til fysisk aktivitet i behandlingen
  - iii. Fysisk aktivitetsniveau hos personale
  - iv. Patient- og personalerelationer
  - v. Personalepolitik

## 4. Hvordan vurderer henholdsvis afdelingerne, aktivitetskonsulenterne og SinusLiv udfordringer og muligheder i implementeringen?

- Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed på selve afdelingen
- Efterfølgende fastholdelse af fysisk aktivitet hos patienterne
- Behov for fremtidige understøttende tiltag
- Aktivitetskonsulenternes rolle, funktioner og betydning for implementeringen
- Erfaringer i forbindelse med uddannelse af og netværk for aktivitetskonsulenterne
- Eksterne aktørers rolle og betydning

## 3 Om de implementerende afdelinger

Oplysningerne om de implementerende afdelingers karakteristika blev indhentet telefonisk og pr. mail i sommeren 2008 af Center for Kvalitetsudvikling.

### 3.1 Baggrundsdata om de deltagende afdelinger

De 21 afdelinger repræsenterer et bredt udsnit af psykiatriske afdelingstyper. Der er retspsykiatriske afdelinger, lukkede afdelinger, åbne afdelinger, akutafdelinger, børne- og ungdomsafdelinger m.m. Det betyder også en forskelligartet patientgruppe med såvel alment psykiatriske som retspsykiatriske patienter.

Afdelingernes størrelse og patientgennemstrømning varierer meget fra en afdeling med 34 patienter (unikke cpr-numre) nyindlagt på et år med en gennemsnitlig indlæggelsestid på 276 dage til en afdeling med 520 patienter indlagt på et år med en gennemsnitlig indlæggelsestid på 6 dage. Projektet har deltagelse af 14 åbne og 7 lukkede afdelinger (heraf to retspsykiatriske afdelinger).

På alle afdelinger er der ansat sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derudover har mange afdelinger fast tilknyttet læger, socialrådgivere, fysio- og ergoterapeuter. Enkelte afdelinger har også tilknyttet psykologer og socialpædagoger.

### 3.2 Erfaringer med fysisk aktivitet før projektet

Stort set alle afdelinger har erfaringer med fysisk aktivitet også før dette implementeringsprojekt. Før projektet var det hovedsageligt fysio- og ergoterapeuterne, der stod for den fysiske aktivitet med patienterne. Den fysiske aktivitet var således mange steder ikke en systematisk eller integreret del af hverdagen på afdelingerne.

### 3.3 Status på implementeringen af fysisk aktivitet

De implementerende afdelinger har forskellige oplevelser af, hvad status er med hensyn til implementeringen af fysisk aktivitet. 53 % af spørgeskemarespondenterne angiver, at implementeringen af fysisk aktivitet er godt i gang på deres afdeling. 38 % vurderer mere forbeholdent, at implementeringen af fysisk aktivitet er igangsat, men at projektet ikke er så langt endnu. De resterende 9 % af respondenterne vurderer, at projektet slet ikke eller kun i meget beskedent omfang er i gang på afdelingen.

Et interessant fund i forbindelse med afdelingernes vurderinger af projektets status er, at der ikke altid er enighed svarpersonerne imellem, om hvor langt projektet er nået på deres afdeling. Dette er tilfældet på to af de 21 afdelinger.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Se evt. de metodiske kommentarer til spørgeskemabesvarelsene i bilag 8.1.

## 4 Brugen af modelkonceptet

Det generelle billede, der tegner sig af afdelingernes brug af modelkonceptet, kan indfanges i et udsagn fra en fysisk aktivitetskonsulent:

*"..mit fokus har været på, hvordan jeg kan få så meget som muligt ud af det i forhold til de præmisser, jeg har – og så er jeg nok lidt mere utro mod konceptet..."*

Dette bekræftes af 38 % af svarpersonerne, som siger, at modelkonceptet er ændret som tilpasning til deres afdeling. Der er 16 %, som angiver, at modelkonceptet ikke er ændret på deres afdeling. Dog er der noget, der tyder på, at der er stor usikkerhed omkring modelkonceptets indhold, da næsten halvdelen af svarpersonerne svarer, at de ikke ved, om konceptet er ændret som tilpasning til deres afdeling. Én årsag til dette svarmønster er formentlig, at en del af respondenterne har svaret "forsigtigt", i og med at alle detaljer i modelkonceptet næppe er paratviden mange måneder efter igangsætningen af de lokale implementeringsprojekter. Men resultatet kan også give anledning til en overvejelse om, hvorvidt modelkonceptet og det øvrige inspirationsmateriale fra Sundhedsstyrelsen er blevet formidlet tilstrækkelig effektivt og fængende (jf. afsnit 4.1 nedenfor).

### 4.1 Sundhedsstyrelsens materiale

Overordnet vurderes Sundhedsstyrelsens materiale positivt. 67 % mener, at materialet er inspirerende og motiverende, og 60 % angiver, at materialet er let læseligt.<sup>8</sup> Nogle efterlyser dog, at materialet kunne favne lidt bredere i forhold til psykiatriens vidt forskellige patientgrupper. Det nævnes endvidere, at der mangler inspirationsmateriale til opvarmnings- og udstrækningsøvelser og -aktiviteter. Samtidig efterspørges flere forslag til øvelser, der kan foretages indendørs på et lille areal.

Tendensen i de kvalitative interview peger i retning af, at det især er aktivitetskonsulenterne, der har læst og brugt materialet som inspiration til aktiviteter med patienterne og undervisning af personalet. Nogle af aktivitetskonsulenterne har videregivet materialet til ledere og personale på afdelingerne, men det er uklart, hvor meget materialet er blevet anvendt. Denne tvivl bekræftes af, at 20 % af spørgeskemarespondenterne angiver, at de ikke kender til Sundhedsstyrelsens materiale, mens 16 % svarer, at de ikke har brugt materialet, selv om de kender det.<sup>9</sup>

Sundhedsstyrelsens materiale har ifølge interviewpersonerne været anvendt forskelligt. På nogle afdelinger har man brugt materialet som kilde til basisviden om den fysiske aktivitet, og til også at få et nærmere kendskab til hvilke forventninger Sundhedsstyrelsen havde til projektet. Andre afdelinger har især brugt aktivitetskataloget som inspirationskilde. Andre igen har brugt materialets tal og statistikker som evidens, når patienter og personale har skullet overbevises om effekten af den fysiske aktivitet på psykiatriske patienter.

---

<sup>8</sup> Se bilag 8.3, afsnit 4.7

<sup>9</sup> Se bilag 8.3, afsnit 4.7. Det bekræftes således, at det ikke er lykkedes at nå alle relevante personer i målgruppen for modelkoncept, inspirationsmateriale m.m.

## 4.2 Organisering

Implementeringen af den fysiske aktivitet er ifølge spørgeskemabesvarelserne hovedsageligt forankret hos enten udvalgte nøglepersoner, fysioterapeuten m.fl. eller hos hele personalet generelt. Som det også kan ses af figur 4.a har afdelingsledelsen, den fysiske aktivitetskonsulent og aktivitetsgrupperne i mindre grad stået for implementeringen af projektet på afdelingerne.

Figur 4.a: Personalemæssig forankring



Note: 52 valide besvarelser. Der kunne vælges mere end én svarmulighed.

I Sundhedsstyrelsens modelprojekt fra 2006 anbefales det, at der nedsættes fysisk aktivitetsgrupper, og denne anbefaling følger næsten alle afdelinger, idet de har nedsat aktivitetsgrupper omkring organiseringen og igangsættelsen af den fysiske aktivitet. Afdelingerne har nedsat og formet disse aktivitetsgrupper på forskellig vis. Nogle steder består de af en enkelt eller to nøglepersoner fra afdelingernes personalegruppe, mens grupperne andre steder er større og omfatter flere forskellige faggrupper blandt personalet. Andre steder igen har man bevidst fravalgt at udpege nøglepersoner eller aktivitetsgrupper med det formål at få hele personalegruppen til at involvere sig i og tage ansvar for den fysiske aktivitet. Det erkendes dog, at denne metode kan være sårbar, i og med det på denne måde kun er aktivitetskonsulent, der fungerer som tovholder, og hvis vedkommende eventuelt bliver syg eller rejser, så kan videreførelsen af den fysiske aktivitet på afdelingen blive vanskeliggjort.

Selv om der nedsættes en aktivitetsgruppe med flere personer og fagligheder, kan der opstå vanskeligheder i organiseringen alligevel, fordi der er stor udskiftning i personalet på afdelingerne og dermed også i aktivitetsgrupperne. En aktivitetskonsulent har oplevet, at der imellem to møder med nøglepersoner var sket så stor en udskiftning, at kun en enkelt nøgleperson var genganger, og det skaber en række praktiske problemer, fx i forhold til at de nye nøglepersoner mangler undervisning og ikke kender til konceptet. Dette indebærer en risiko for, at hele processen går i stå, fordi nøglepersonerne ikke er klar over deres opgaver.

De fleste erfaringer tyder på, at det er vigtigt for gennemførelsen af de fysiske aktiviteter, at der er flere forskellige personer på afdelingen, der er særligt opmærksomme og husker det resterende personale på den fysiske aktivitet. Så det anbefales generelt, at der nedsættes en aktivitetsgruppe fra første færd, og at denne aktivitetsgruppe så vidt muligt indeholder forskellige faggrupper blandt personalet. Derudover omtaler mange også, at det er en fordel, hvis aktivitetsgruppens medlemmer på forhånd har en interesse for fysisk aktivitet, da det ellers kan være vanskeligt at opretholde engagementet på længere sigt. En sidste anbefaling er, at man sørger for, at der sker en vis løbende supplering af aktivitetsgruppen med henblik på at tage højde for barsel, jobskifte osv.

*"Det er af stor betydning, at man har nogle tovholdere, der ligesom er på hele tiden, ... og som skaber nogle rammer for det." – En medarbejder*

### 4.3 Ledelsens rolle

De fleste steder har det været således, at afdelingsledelsen har engageret sig i projektet og sørget for, at de ydre rammer for den fysiske aktivitet har været i orden, men ellers har overladt meget til aktivitetskonsulenterne, nøglepersonerne og aktivitetsgrupperne. Den øvrige sygehusledelse har generelt ikke været involveret i organiseringen af den fysiske aktivitet.

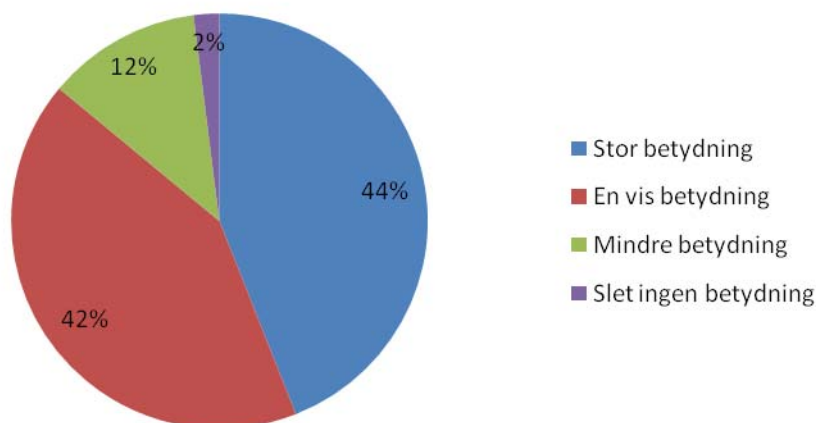
En afdelingsleder mener selv, at hendes rolle er at bakke op omkring processen, at formidle projektet, at motivere personale og patienter og at deltage aktivt i processen – altså at være rollemodel. Eller udtrykt på en anden måde af en medarbejder:

*"Er ledelsen med, så smitter det gerne af på alle medarbejderne" – En medarbejder*

Denne indholdsudfyldelse af ledelsens rolle stemmer godt overens med flere medarbejders opfattelse af, at ledelsens opbakning og engagement er helt afgørende for, om implementeringen af den fysiske aktivitet lykkes. Ledelsen skal anerkende processen og nøglepersonernes arbejdsindsats, og derefter tage ansvaret for, at der bliver reflekteret over, om processen kan gøres anderledes og bedre. I figur 4.b ses det således, at 86 % af spørgeskemarespondenterne mener, at opbakningen fra afdelingsledelsen har en stor eller en vis betydning for implementeringen af projektet.

Figur 4.b: Betydningen af ledelsesopbakning

### Hvilken betydning har afdelingsledelsens opbakning haft for implementeringen af projektet?



Note: 50 valide besvarelser.

Især blandt de internt ansatte aktivitetskonsulenter er der et ønske om en mere tydelig ledelse og opprioritering af den fysiske aktivitet fra ledelsens side. Der har været en oplevelse af, at aktivitetskonsulenterne nok har fået tilladelse fra ledelsen til at tage sig tid til projektet, men at dette i realiteten har været uladsiggørligt, fordi andre opgaver har været mere presserende. Derfor er der et ønske om, at ledelsen fra starten af processen helt konkret er med til at afsætte tid, hvor aktivitetskonsulenten helt kan hellige sig implementering og opprioritering af fysisk aktivitet på afdelingen.

## 4.4 Patient-, pårørende- og personaleinvolvering

### 4.4.1 Patientinvolvering

Patienterne forsøges på flere afdelinger involveret og engageret i den fysiske aktivitet allerede ved indlæggelsessamtalen. Der findes forskellige modeller for dette. På næsten halvdelen af afdelingerne er det 80-100 % af alle patienter, der informeres om afdelingens brug af fysisk aktivitet ved indlæggelsen.<sup>10</sup> På en afdeling spørges patienterne til deres forhold til fysisk aktivitet, herunder hvordan de vurderer deres egen kondition, hvordan patienten kan lide at motionere, samt hvilke aktiviteter patienten gerne vil prøve eller have mere af. På en anden afdeling findes ugeplanen for de fysiske aktiviteter frem ved indlæggelsessamtalen for at anspore patienten til at deltage i forskellige aktiviteter.

<sup>10</sup> Se bilag 8.3, afsnit 4.3.1



Nogle steder holder man faste morgenmøder med patienterne, hvor man sørger for, at alle patienter, som er i stand til det, deltager i aktiviteter i løbet af dagen. På den måde er patienterne med til at planlægge, hvilke aktiviteter de vil deltage i, hvorved patienterne får større indflydelse på deres egen hverdag.

#### 4.4.2 Pårørendeinvolvering

I samarbejdet med de pårørende er der med få undtagelser ikke særligt fokus på den fysiske aktivitet. Flere steder informeres de pårørende dog om afdelingens brug af fysisk aktivitet ved indlæggelsen. Pårørende deltager ikke i aktiviteter på afdelingen, men hvis personalet anbefaler, at ugeskemaet om den fysiske aktivitet følges ved hjemmebesøg, så er det vurderingen, at det respekteres af de pårørende. 80 % af svarpersonerne angiver, at afdelingen ikke er kommet så langt i inddragelsen af de pårørende endnu.<sup>11</sup> I interviewene nævner flere svarpersoner dog, at det er et ønske for fremtiden at inddrage de pårørende mere.

#### 4.4.3 Personaleinvolvering

På de fleste afdelinger er arbejdet med at etablere rammerne for de fysiske aktiviteter uddelegeret, så hele personalegruppen ifølge spørgeskemarespondenterne tager del i dette. Hele personalegruppen informerer og motiverer til deltagelse i den fysiske aktivitet, men det er typisk kun en del af eller nogle få fra personalet, der følger patienterne til, eller selv deltager i de fysiske aktiviteter sammen med patienterne.<sup>12</sup> På mange afdelinger er det dog praksis, at der altid er personale, der deltager i aktiviteter sammen med patienterne, men tilsyneladende er det ofte det samme personale, der deltager.

Fra et ledelsesmæssigt synspunkt vurderes det vigtigt, at man tør spørge sit personale om deres holdninger til den fysiske aktivitet, og at personalet løbende inddrages i refleksioner omkring projektet. Alt personale skal så vidt muligt involveres i projektet for at sætte den fysiske aktivitet på dagsordenen for hele personalegruppen. Dette skal balanceres med de personalemæssige ressourcer, der kan bruges på processen. I høj grad handler det dog om at gøre *noget andet* (jf. udvikling af nye ugeskemaer) snarere end at gøre *noget mere*.

### 4.5 Brug af fysisk aktivitetskonsulent

Aktivitetskonsulenterne har på de fleste afdelinger udfyldt flere forskellige roller. Undervisning af ledelse og personale på afdelingerne er en helt central del af aktivitetskonsulenternes arbejde, og dette bekræftes af, at 71 % af spørgeskemarespondenterne angiver, at undervisningen er en af de ting, som aktivitetskonsulenten konkret har hjulpet med (figur 4.c efterfølgende). På de fleste afdelinger har aktivitetskonsulenten afholdt en eller to temadage umiddelbart efter implementerings-

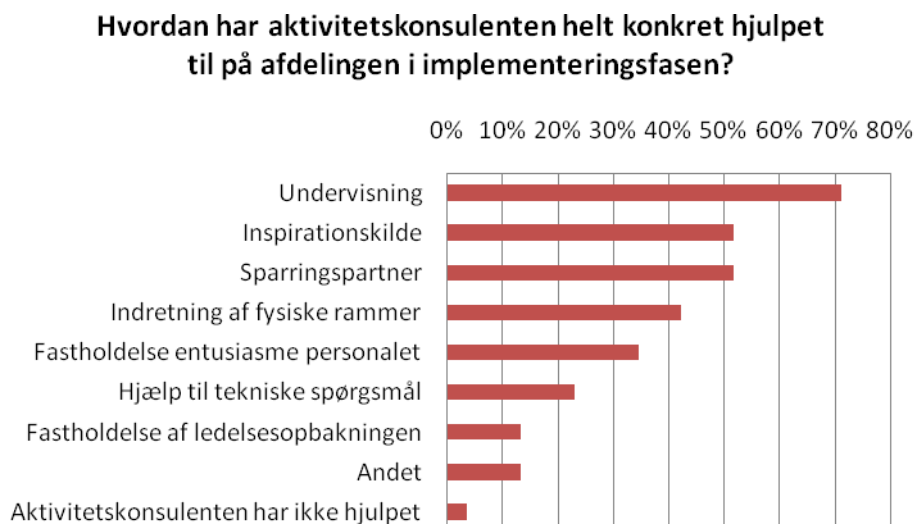
---

<sup>11</sup> Se bilag 8.3, afsnit 4.8

<sup>12</sup> Se bilag 8.3, afsnit 4.3.2

processens begyndelse. Men på flere afdelinger underviser aktivitetskonsulenten løbende nyansatte medarbejdere, så alle ansatte på afdelingen er opmærksomme på og har en vis viden om vigtigheden af den fysiske aktivitet. Denne anbefalelsesværdige praksis kan dog formentlig primært opretholdes på afdelinger, hvor der er tale om en internt ansat aktivitetskonsulent (se afsnit 4.5.1 nedenfor).

Figur 4.c: Aktivitetskonsulentens rolle



Note: 52 valide besvarelser. Der kunne vælges mere end én svarmulighed.

Aktivitetskonsulenten har, udover at stå for undervisningen, også fungeret som inspirationskilde, angiver 52 % af respondenterne. Derudover har aktivitetskonsulenten været brugt til at have overblik over og huske på den fysiske aktivitet i dagligdagen. Det vurderes således at være afgørende for fastholdelsen af processen, at der er en person, der holder gejsten oppe og sikrer, at den fysiske aktivitet ikke glemmes i en travl dagligdag.

Aktivitetskonsulenternes viden har også været brugt til at hjælpe afdelingens personale med indkøb og brug af redskaber. I forhold til de konkrete fysiske aktiviteter er det gennemgående, at aktivitetskonsulenterne både har inspireret til aktiviteter og hjulpet med at afvikle dem, og i mange tilfælde deltager aktivitetskonsulenten også selv i den fysiske aktivitet.

Aktivitetskonsulenten skal ved implementeringsprocessens begyndelse gøre det klart for ledelsen, hvilke forventninger og ønsker vedkommende har til eget tidsforbrug, personaleinvolvering, mødeaktivitet o.l. På den måde kan forventningerne til processen afstemmes, og der kan langtidsplanlægges forskellige aktiviteter, møder og tidsforbrug.

#### 4.5.1 Interne og eksterne aktivitetskonsulenter

Blandt de 21 deltagende afdelinger havde ti en internt ansat konsulent, mens de resterende elleve var eksternt tilknyttede. Data viser visse forskelle i forhold til, hvilken rolle de to typer af aktivitetskonsulenter har spillet på afdelingen. F.eks. peger 67 % af respondenterne med intern konsulent på, at aktivitetskonsulenten har fun-

geret som inspirationskilde undervejs. Den tilsvarende andel for svarpersoner med ekstern konsulent er 36 %. Også i forhold til fastholdelse af ledelsesopbakning (22 % mod 4 %) og hjælp til tekniske problemer (30 % mod 16 %) har de interne konsulenter spillet en større rolle sammenlignet med de eksterne konsulenter.

Billedet af, hvad det betyder at have en intern konsulent, er i øvrigt flertydigt: 11 % af de svarpersoner, hvis afdelinger har samarbejdet med en intern konsulent angiver f.eks. manglende sparring med aktivitetskonsulenten som en væsentlig barriere i implementeringen, mens den tilsvarende andel for afdelinger med ekstern konsulent er næsten identiske 12 %. Til gengæld svarer 27 % af respondenterne med intern konsulent, at vedkommende har været "uundværlig" i processen, mod 4 % blandt respondenter med en ekstern konsulent. 48 % af respondenterne med ekstern konsulent svarer dog, at konsulenten har haft "stor betydning" (mod 27 % i den anden gruppe).

Samlet tyder data ikke på, at de eksterne konsulenter fungerer dårligt, men der synes at være belæg for at sige, at der på en række områder er fordele forbundet med at have en internt ansat aktivitetskonsulent, dvs. en konsulent rekrutteret og uddannet blandt eget personale.

#### 4.6 Tilbudte aktiviteter

Morgengymnastik er en af de mest almindelige aktiviteter på afdelingerne, og morgen- og aftengåture er også faste rutiner på mange afdelinger. Derudover har man flere steder også tilbud om forskellige motionsgrupper med forskelligt fokus eksempelvis en træningsgruppe med individuelle træningsprogrammer til patienterne.

Afdelingerne har vidt forskellige rammer for den fysiske udfoldelse, og derfor er der også stor forskel på, hvilke aktiviteter der kan tilbydes. Dog har de fleste afdelinger enten et motionsrum eller kan benytte sig af fysioterapiens faciliteter. Her findes typisk romaskiner, løbebånd og motionscykler samt styrketræningsmaskiner, som patienterne kan benytte sig af. Flere steder findes der en hal eller lignende, så der kan spilles fodbold, badminton og volleyball. Også fysioterapiens bassin er der nogle steder mulighed for at bruge, så afdelingen kan tilbyde patienterne svømme-træning.

Gåture er en meget udbredt udendørs aktivitet; det kan være gåture i naturen eller i byen, og enkelte afdelinger tilbyder også stavgang og powerwalking. Nogle har desuden valgt at opsætte basketballkurve på afdelingernes udendørsarealer.

På de fleste afdelinger er der tilbud om fysiske aktiviteter hver dag, og mange steder er der dagligt faste rutiner med eksempelvis gymnastik eller gåtur. Derudover vælger enkelte afdelinger at afsætte en fast ugentlig dag til den fysiske aktivitet, hvor der laves mange forskellige aktiviteter og lege.

### ***Grønland rundt: Kreative tiltag på afdelingerne***

Der er mange kreative tilgange til den fysiske aktivitet, og derfor findes også mange forskellige bud på aktiviteter.

Nogle afdelinger har tilbudt deres patienter udadvendte aktiviteter, som fx ridning og en tur i kurbad, hvorved patienter og personale får nogle særlige oplevelser sammen. Også indkøb af en Nintendo Wii har været benyttet flere steder. En afdeling har i en periode lavet et cykelprojekt, hvor de skulle cykle Grønland rundt. Så stod motionscyklen i dagligstuen, der blev hængt et kort op over Grønland, og patienterne fik cykeltrøjer på. Det blev en stor succes, fordi alle syntes, at det var et sjovt projekt.

En anden afdeling har hængt en sandsæk til boksetræning op, mens aktivitetskonsulenten har lavet et instruktionsmateriale til træningen, ligesom der er udarbejdet et registreringsskema til opsamling af oplevelserne med træningen. To afdelinger har gennemført idrætsdage, hvor flere afdelinger deltog. Derudover deltog også det tværfaglige personale, læger, psykologer og socialrådgivere. Det var en stor succes, og skellet mellem patient og behandler blev udvisket for en dag. Derfor har begge afdelinger planer om, at disse idrætsdage også fremover skal være en del af afdelingens aktiviteter.

## 5 Resultater af implementeringsprojektet

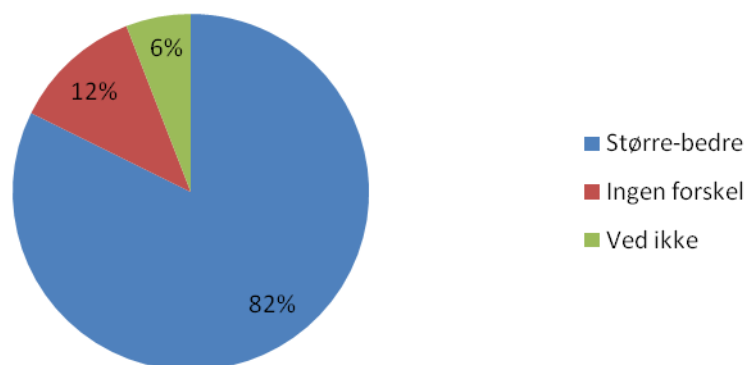
Resultaterne af projektet, som disse fremgår af datasættet, præsenteres under tre overskrifter: Udviklingen i patienternes aktivitetsniveau, implementeringen i behandlingsplaner og -konferencer, samt udviklingen i øvrigt (herunder bl.a. fysiske rammer, personalepolitik, medicinering m.m.).

### 5.1 Udvikling i aktivitetsniveau hos patienter

En medarbejder fortæller i interviewet, at udviklingen i patienternes fysiske aktivitet har været meget markant, idet der er mange patienter, der nu deltager i alle mulige former for aktiviteter. Figur 5.a viser, at 82 % af spørgeskemarespondenterne vurderer, at patienternes aktivitetsniveau er blevet mærkbart større; blandt afdelingslederne er andelen endda på 94 %. Der er meget mere opmærksomhed på den fysiske aktivitet på afdelingerne, og det medfører, at flere patienter deltager aktivt.

Figur 5.a: Patienternes fysiske aktivitetsniveau

#### Hvilken betydning har projektet haft for patienternes aktivitetsniveau ifølge din vurdering?



Note: 51 valide besvarelser.

Der er nu mere systematik i aktiviteterne, så alle patienter får rørt sig på en gennemtænkt måde hver dag. Blandt patienterne er der mange, der er rigtig glade for de fysiske aktiviteter. Visse patienter er vanskeligere at motivere end andre, men de fleste har i løbet af processen fået øjnene op for vigtigheden af den fysiske aktivitet.

*"For nogle tager det dog lidt tid at indse, at det hjælper" – En medarbejder*

To af de tre interviewede aktivitetskonsulenter giver en mere forbeholden vurdering af udviklingen i patienternes fysiske aktivitetsniveau. De opfatter fremgangen

som ustabil, og selv om der er kommet lidt mere fysisk aktivitet på deres afdelinger, så er udviklingen ikke så klar som håbet.

100 % af respondenterne siger dog, at de mener, at den fysiske aktivitet er gavnlig for patienterne, 61 % mener, at den fysiske aktivitet i høj grad har gavn for patienterne under deres indlæggelse, og 39 % mener, at patienterne i nogen grad har haft gavn af den fysiske aktivitet. Årsagen til dette særdeles positive evalueringresultat er hovedsagligt, at patienterne har fået mere indhold og struktur i hverdagen og har fået forøget energi, men respondenterne mener også, at patienterne er blevet glattere. I den forbindelse peger flere interviewpersoner på, at det kan have en positiv effekt at involvere patienterne i den konkrete planlægning af aktiviteterne indhold og struktur.

At personalet mener, at den fysiske aktivitet gavner patienterne, er dog oftest ikke baseret på direkte målinger, idet konditest kun anvendes i meget beskedent omfang til at måle patienternes fysiske niveau. Hele 87 % af spørgeskemarespondenterne angiver, at ingen af deres patienter konditestes ved indlæggelsen (jf. afsnit 6.1.3).<sup>13</sup>

I spørgeskemaundersøgelsen giver enkelte dog udtryk for, at de forventer, at afdelingen vil benytte konditest-hjemmesiden mere, i takt med at den fysiske aktivitet bliver mere veletableret på afdelingen. Ligeledes skal det nævnes, at en af interviewpersonerne forklarer, at man altid spørger til bl.a. patientens vurdering af egen kondition i forbindelse med indskrivningen, og der udfoldes således en vis kreativitet for at holde fast i intentionen bag konditestene.

## 5.2 Implementering i behandlingsplaner og -konferencer

Ifølge spørgeskemabesvarelsene har i gennemsnit ca. 40 % af patienterne på afdelingerne fysisk aktivitet som en del af deres behandlingsplan, men svarene fordeler sig jævnt over hele spektret fra 0 % til 100 %. Gennemsnittet på 40 % er overraskende lavt, set i lyset af at inddragelse af fysisk aktivitet i patienternes behandlingsplaner er et af de krav, Sundhedsstyrelsen stillede i forbindelse med deltagelsen i projektet. De kvalitative data tyder på, at en vigtig årsag i denne forbindelse er lægegruppens svigtende engagement på dette område.

Kun 10 % af respondenterne angiver, at behandlingskonferencerne har ændret sig som følge af implementeringsprojektet.<sup>14</sup> Det kan umiddelbart undre, da behandlingskonferencerne primært beskæftiger sig med netop patienternes behandlingsplaner. Årsagen er formentlig, at svarpersonerne typisk har fortolket spørgsmålet derhen, at der spørges til, om indførelsen af fysisk aktivitet i behandlingen har ændret selve proceduren i forbindelse med behandlingskonferencen. Formodningen må være, at behandlingskonferencerne er berørt af projektet i kraft af ændringerne i behandlingsplanernes indhold.

---

<sup>13</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.1

<sup>14</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.2

### 5.3 Udvikling på afdelingerne i øvrigt

At miljøet på afdelingen som helhed er blevet bedre som følge af implementeringen, mener 35 % af respondenterne, imens to respondenter (4 %) mener, at miljøet er forværret på grund af projektet. Der er især sket ændringer i ugeskemaet og dokumentationen, men enkelte steder er der også sket ændringer i vagtplaner og funktionsbeskrivelser, og der er ansat nyt personale. 21 % angiver, at der ikke er sket ændringer i afdelingernes dagligdag som følge af projektet, men dette må formentlig primært henføres til respondenternes fortolkning af spørgsmålsformuleringen, idet bl.a. afsnit 5.1 jo viste, at projektet faktisk vurderes til at have haft væsentlig betydning for patienternes dagligdag og velbefindende.<sup>15</sup> I det følgende gennemgås forskellige mere specifikke aspekter af den udvikling, der har været på afdelingerne i forbindelse med projektet.

#### 5.3.1 Fysiske rammer

Mange afdelinger har forsøgt at ændre lokaleindretningen ved at skabe plads til eksempelvis et separat motionsrum eller ved at flytte motionsredskaber ind i et fællesrum. 67 % siger, at motionsredskaber er blevet mere synlige i afdelingens miljø. Og 60 % siger, at der er besluttet at indrette et motionsrum. Det er tilsyneladende især rygerum, der har måttet vige pladsen for motionsredskaber. Der er dog 12 % af respondenterne, som angiver, at der ikke er sket ændringer i de fysiske rammer, men her nævner flere, at man i stedet har mulighed for at benytte fysioterapiens faciliteter.<sup>16</sup>

#### 5.3.2 Personalets dokumentation af og holdning til fysisk aktivitet

Blandt personalet er der kommet større opmærksomhed på vigtigheden af den fysiske aktivitet. Det ses bl.a. ved, at 60 % af svarpersonerne angiver, at deres afdelinger har ændret ugeskemaet, mens 35 % har ændret dokumentationspraksis. Det tager dog tid at få holdningen ændret i hele personalegruppen, men den positive holdning vokser hele tiden, fordi personalet føler, at de får noget ud af det i den anden ende. Flere steder har personale, der i starten var skeptiske, udviklet sig til at være nogle af dem, som nu er fortalere for fysisk aktivitet. Der er dog stadig skeptikere blandt personalet, fordi den fysiske aktivitet kan føles som endnu et krav, men generelt er der sket et skred i holdningen i positiv retning.

Det er gået op for mange i personalegruppen, at motion og fysisk aktivitet kan være mange ting og foregå mange steder, og at man ikke behøver en lang uddannelse for at lave fysiske aktiviteter sammen med patienterne.

*"Det har helt klart ændret sig, så der er mange flere, der går med i tingene, og som kan se vigtigheden af det." – En afdelingssygeplejerske*

Men der er også afdelinger, hvor holdningsændringen ikke er mærkbar. Personalet har fået en bedre ide om den fysiske aktivitet og dens vigtighed, men der har ikke været tilstrækkelig kontinuitet i processen til, at personalet virkelig har kunnet på-

---

<sup>15</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.2 og 5.3. Jf. også afsnit 6.1 nedenfor.

<sup>16</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.3.1

virkes. Denne manglende kontinuitet er ifølge interviewpersonerne blandt andet betinget af manglende tidsmæssig prioritering af projektet og stor udskiftning i personalegruppen.

### 5.3.3 Personalepolitik og fysisk aktivitetsniveau hos personale

39 % af spørgeskemasvarpersonerne vurderer, at personalet på deres afdelinger er mere aktive nu sammenlignet med før implementeringsprojektet, men næsten halvdelen af respondenterne svarer, at der ikke er nogen forskel på hverken personalets aktivitetsniveau eller fysiske form før og efter implementeringen. 21 % angiver, at personalets fysiske form direkte er blevet bedre i forbindelse med implementeringsprojektet.<sup>17</sup> At der er en del, som angiver, at personalet er mere aktivt på arbejdspladsen, uden at medarbejdernes fysiske form af den grund er blevet bedre, kunne bl.a. hænge sammen med, at aktiviteterne foregår ved lav intensitet, eller at den fysiske aktivitet på afdelingen har fortrængt anden fysisk aktivitet i fritiden.

Mange steder er den fysiske aktivitet ikke en del af personalepolitikken, dette bekræftes af 41 % af respondenterne. Dog angives det samtidig af flere interviewpersoner og af 26 % af spørgeskemarespondenterne, at der efter projektets implementering spørges til ansøgernes forhold til fysisk aktivitet ved ansættelsessamtaler, og der lægges i den forbindelse vægt på ansøgerens kvalifikationer og motivation i forhold til fysisk aktivitet.<sup>18</sup>

Ikke desto mindre synes det rimeligt at konkludere, at der er et vist udviklingspotentialer på dette område – i henseende til personalets aktivitetsniveau og deltagelse i afdelingens aktiviteter såvel som i henseende til en bevidst personalepolitisk prioritering af fysisk aktivitet. Bl.a. er det rimeligt at antage, at den fysiske aktivitet under de rette betingelser kan udvikles til at opleves som et personalegode for medarbejderne.

### 5.3.4 Patient- og personalerelationer

Alle interviewede respondenter mener, at dét, at man som personale og patienter laver noget sammen, er af stor betydning for relationen. Personalet bryder ud af den professionelle rolle og viser helt andre sider af sig selv; man er mere lige i situationen og har det skægt sammen. Det betyder ikke altid en direkte bedring i relationen, da knapt 40 % af respondenterne oplever, at der ingen forskel er i relationen mellem personale og patienter som følge af projektet, mens 56 % har faktisk oplevet en forbedring.<sup>19</sup>

Dog udtaler flere, at samværet om den fysiske aktivitet indirekte viser patienterne, at vi alle sammen har forskellige ressourcer, og at alle ikke er lige gode til alting. Kontakten mellem personale og patient bliver ikke helt så intens som ved en samtale, men kontakten er der, og ofte bliver det lettere at tale om nogle af de svære ting.

---

<sup>17</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.3.3

<sup>18</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.3.5

<sup>19</sup> Se bilag 8.4, afsnit 5.3.4



*"Det er faktisk indgangen til en bedre kommunikation og samtaler og samvær på en anden måde." – En medarbejder*

### 5.3.5 Indflydelse på medicinering

Det lader til, at projektet mange steder har haft indflydelse på medicineringen af patienterne, herunder især på forbruget af p.n.-medicin. P.n.-medicin er en forkortelse for "pro necessitate-medicin", og er den medicin, der ikke anvendes i fast dosering, men som gives ved behov efter lægeordnede retningslinjer. En interviewet medarbejder har en klar fornemmelse af, at der gives mindre p.n.-medicin til den enkelte patient efter projektets start, og en spørgeskemarespondent skriver, at fysisk aktivitet har været brugt med god effekt i stedet for p.n.-medicin. Faktisk svarer kun 12 %, at fysisk aktivitet slet ikke har haft indflydelse på medicineringens omfang, hvorimod 65 % angiver, at fysisk aktivitet har kunnet reducere medicineringen i mindre, nogen eller høj grad. Umiddelbart er dette et meget positivt evalueringresultat, i betragtning af at ikke alle afdelinger er kommet lige langt med implementeringen.

23 % af spørgeskemarespondenterne angiver ganske vist, at de ikke ved, om den fysiske aktivitet har medført en reduktion af medicineringen på afdelingen,<sup>20</sup> men dette er ikke ensbetydende med, at der ikke også hér kan have været en virkning på medicinforbruget, da visse svarpersoner erfaringsmæssigt er meget tilbageholdende med at svare ikke-neutralt på faktuelle spørgsmål, hvor der måske ikke kan lægges eksakte data til grund for svaret.

---

<sup>20</sup> Se bilag 8.5, afsnit 5.3.6

## 6 Perspektiver for fysisk aktivitet i behandlingen

De forskellige respondentkategorier i undersøgelsen har forskellige perspektiver på fysisk aktivitet i behandlingen af psykiatriske patienter. Først vil perspektiverne fra ledere og medarbejdere på afdelingerne blive gennemgået, dernæst følger perspektiverne fra aktivitetskonsulenterne, og til sidst fremgår SinusLivs perspektiver på den fysiske aktivitet.

### 6.1 Bidrag fra afdelingerne

#### 6.1.1 Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed

På langt de fleste afdelinger har den fysiske aktivitet haft så mange positive effekter, at der blandt respondenterne ikke er tvivl om, at den fysiske aktivitet vil fortsætte på afdelingen. Mere end 2/3 af respondenterne mener, at de investerede ressourcer i høj eller nogen grad har stået mål med udbyttet af projektet. Især blandt afdelingslederne er man positive, i denne gruppe mener 88 %, at de investerede ressourcer i høj eller nogen grad har stået mål med udbyttet af projektet. Nogle af de positive effekter er blandt andet en positivt ændret adfærd hos patienterne med færre trusler og mindre vold samt generelt gladere patienter. Der tales også om, at en sideeffekt af det større fokus på fysisk aktivitet er en øget bevidsthed om sundhed generelt, så afdelingen nu også serverer sundere mad. Den fysiske aktivitet opfattes som et positivt bidrag i forhold til mange diagnoser, og mange af patienterne er også glade for tiltaget. I et evalueringsperspektiv er det særligt positivt at notere sig, at 68 % af respondenterne mener, at patienternes psykiske tilstand er blevet bedre som følge af implementeringen af fysisk aktivitet.<sup>21</sup>

Stabiliteten i gennemførelsen af de fysiske aktiviteter varierer meget afdelingerne imellem, og nogle steder opleves det meget vanskeligt at gennemføre fysiske aktiviteter i en stresset hverdag. Andre steder er der dog skabt en stor vedholdenhed omkring de faste daglige aktiviteter eksempelvis morgen- og aftengåtur. En afdelingsleder vurderer i et interview, at det skub udefra, som deltagelsen i implementeringsprojektet har givet, samt den tydeligere struktur omkring de fysiske aktiviteter er med til at styrke fastholdelsen af fysisk aktivitet på afdelingen.

#### 6.1.2 Efterfølgende fastholdelse af fysisk aktivitet hos patienterne

Patienternes fysiske aktivitet efter udskrivelsen fra afdelingen afhænger meget af den pågældende patients diagnose og personlighed. Nogle diagnoser kræver megen støtte, hvis den fysiske aktivitet skal fortsætte, og så kan planerne hurtigt smuldre. Der er dog en fornemmelse af, at en god kontakt til de pårørende kan skabe en bedre forståelse for vigtigheden af den fysiske aktivitet. Men vigtigst er det, at patienten under indlæggelsen selv har mærket den positive effekt af fysisk aktivitet på

---

<sup>21</sup> Se bilag 8.5, afsnit 6.1.1

sygdommen; så er lysten til at fortsætte aktiviteten også efter udskrivelsen formentlig også større.

Blandt respondenterne er der en vis tiltro til, at patienterne fortsætter den fysiske aktivitet, da 37 % svarer i nogen grad, og 59 % svarer i mindre grad på spørgsmålet om deres vurdering af patienternes fortsatte fysiske aktivitet efter udskrivelsen. Lederne er lidt mere positive end medarbejderne, da 44 % af afdelingslederne mod 34 % af medarbejderne mener, at patienterne i nogen grad vil fortsætte den fysiske aktivitet.<sup>22</sup>

### 6.1.3 Behov for fremtidige understøttende tiltag

Der er ikke udtalt det store behov for understøttende tiltag, men afdelingerne fremsætter dog forskellige ønsker i interviewene. Et ønske er, at der var mulighed for, at aktivitetskonsulenten løbende kunne komme på kurser, så vedkommende kunne blive inspireret og komme med et frisk pust til afdelingen. Derudover kunne det også ønskes, at der fandtes kurser for personalet, fordi en vis utryghed og usikkerhed over for motionsredskaber og afvikling af aktiviteter omtales som en barriere for implementeringen af fysisk aktivitet.

Anvendelsen af konditest.dk er ikke omfattende, 63 % angiver, at de ikke har brugt konditest.dk. Ud af de respondenter, som faktisk har brugt konditest.dk, er det 42 % (16 % af respondenterne som helhed), der mener, at det slet ingen betydning har haft for projektet på afdelingen.<sup>23</sup> Dette er bemærkelsesværdigt i lyset af, at brug af konditionstest via hjemmesiden [www.konditest.dk](http://www.konditest.dk) er et centralt element i modelkonceptet, hvor der bl.a. er udarbejdet en særskilt manual med dette for øje.<sup>24</sup> Data tyder på, at en mulig årsag til dette kan være, at mange patienter oplever tanken om en konditest som afslørende og grænseoverskridende, bl.a. fordi man skal angive sin vægt.

### 6.1.4 Aktivitetskonsulenternes rolle, funktioner og betydning

Interviewpersonerne fra de implementerende afdelinger omtaler alle aktivitetskonsulentene som helt afgørende for en succesfuld implementering. Spørgeskemaundersøgelsen tegner et lidt mere nuanceret billede. Kun 16 % af respondenterne vurderer aktivitetskonsulenterne som uundværlige for implementeringen (se figur 6.a). Til gengæld viser data, at i alt 84 % af svarpersonerne i et vist omfang tillægger aktivitetskonsulenterne selvstændig betydning for implementeringen.

---

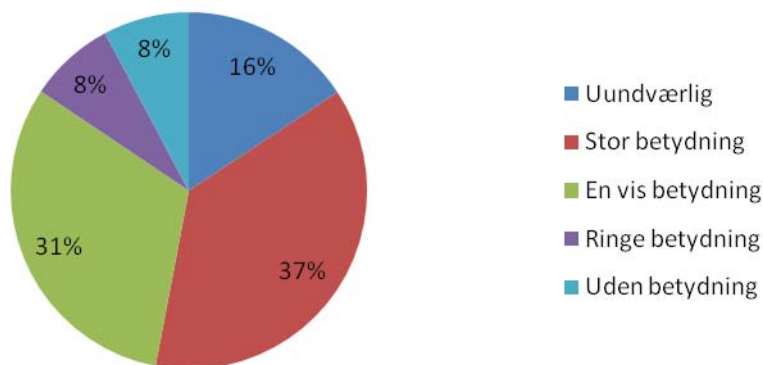
<sup>22</sup> Se bilag 8.5, afsnit 6.1.2

<sup>23</sup> Se bilag 8.5, afsnit 6.1.3

<sup>24</sup> Manualen kan hentes på: [www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Fysisk\\_aktivitet\\_psyk/Testmanual\\_psyk.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Fysisk_aktivitet_psyk/Testmanual_psyk.pdf)

Figur 6.a: Aktivitetskonsulenternes rolle

### Hvilken betydning har aktivitetskonsulenten haft for implementeringen af projektet på din afdeling?



Note: 51 valide besvarelser.

Aktivitetskonsulenterne har fungeret som inspirationskilde for afdelingerne og som en støtte for aktivitetsgrupper og nøglepersoner. Alle aktivitetskonsulenter har undervist personalet i et vist omfang, og i de fleste tilfælde har aktivitetskonsulenten også planlagt og deltaget i fysiske aktiviteter. Mange af aktivitetskonsulenterne har vist et stort overblik og lederskab i forbindelse med implementeringen af den fysiske aktivitet, og selv om der har været erfaringer med fysisk aktivitet tidligere, så har aktivitetskonsulenten medvirket til, at niveauet og gejsten har været holdt højt. Bemærk dog, at der på visse områder viste sig forholdsvis klare forskelle mellem afdelinger med internt ansat aktivitetskonsulent og afdelinger med ekstern konsulent (hvor konsulent typisk spillede en mindre fremtrædende rolle på de pågældende områder) (jf. afsnit 4.5.1 ovenfor).

## 6.2 Bidrag fra aktivitetskonsulenterne

### 6.2.1 Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed på afdelingen

Aktivitetskonsulenterne har i forskellig grad oplevet modstand og en hård opstartsfasen i personalegruppen. Nogle steder er der sket et stort skred i holdningerne i positiv retning, og aktivitetsgrupperne har overtaget flere af aktivitetskonsulentens opgaver. Andre steder er der kommet en større bevidsthed omkring den fysiske aktivitet, men ellers er ændringerne ikke store. Holdningen synes flere steder at være, at den fysiske aktivitet er meget relevant, men at det kræver meget plads, tid og prioritering at implementere, og at det derfor let kan løbe ud i sandet på grund af nye projekter, omstruktureringer o.l. Derfor er det nødvendigt, at afdelingens andre opgaver indrettes efter den fysiske aktivitet, hvis den skal fortsætte.

Aktivitetskonsulenterne tror dog alligevel på den fortsatte fysiske aktivitet i psykiatrien, fordi tidsånden er med initiativet. Der er generelt en motivation for og en forståelse af vigtigheden af den fysiske aktivitet.

#### 6.2.2 Behov for fremtidige understøttende tiltag

Aktivitetskonsulenterne kunne ønske sig mere tid til at undervise personalet løbende for at fastholde personalets engagement omkring den fysiske aktivitet. Sundhedsstyrelsen kunne hjælpe til at sikre denne prioritering og en succesfuld implementering, hvis de kom med klare faglige udmeldinger vedrørende den fysiske aktivitet.

Mange aktivitetskonsulenter har endnu ikke brugt konditest.dk. En enkelt har oprettet to afdelinger som grupper, men har dog ikke foretaget konditest endnu. Umiddelbart synes aktivitetskonsulenterne dog, at konditest.dk er en udmærket idé til at gemme resultaterne fra afdelingerne.

#### 6.2.3 Aktivitetskonsulenternes rolle, funktioner og betydning for implementeringen

Flere af aktivitetskonsulenterne har oplevet, at deres funktion på afdelingerne ikke har været klarlagt fra starten. Derfor har de indtaget mange forskellige roller som tovholdere, som skabere af aktivitetsgrupperne og generelt som foregangspersoner. Derudover har aktivitetskonsulenterne også delt ud af deres viden om og givet inspiration til fysiske aktiviteter.

Ifølge aktivitetskonsulenterne har den fysiske aktivitet ikke været prioriteret højt nok af ledelse og medarbejdere på visse afdelinger, og det har været med til at gøre implementeringsprocessen vanskelig. Derfor har flere aktivitetskonsulenter valgt at fokusere på at engagere og arbejde sammen med aktivitetsgruppen, fordi den gerne vil den fysiske aktivitet. Aktivitetskonsulenterne føler dog alle, at de har kunnet give afdelingerne, hvad de har haft brug for.

#### 6.2.4 Erfaringer i forbindelse med uddannelse af og netværk for aktivitetskonsulenterne

Der er generelt en stor tilfredshed blandt aktivitetskonsulenterne med uddannelsesdagene hos SinusLiv. Der omtales en god blanding af teoretisk viden og praktiske øvelser på uddannelsen, og undervisningsmaterialet og det udleverede materiale har været meget brugbart. Underviserne betragtes som rigtig gode og meget inspirerende.

Et fællestræk i tilbagemeldingerne om uddannelsen er dog, at uddannelsen måske mangler at forberede konsulenterne på, hvordan projektet kan realiseres i en presset hverdag. Endvidere er der muligvis for meget fokus på konditest, da denne del af konceptet virker mindre relevant ude på afdelingerne. Der er også et ønske om mere forberedelse på uddannelsesdagene til, hvordan man kan undervise personalet på afdelingerne. En enkelt kunne også ønske sig mere viden om fysisk aktivitets effekt på specifikt psykiatriske patienter. Men aktivitetskonsulenterne føler, at uddannelsen generelt har klædt dem godt på til at klare opgaverne ude på afdelingerne.

De adspurgte aktivitetskonsulenter har ikke benyttet sig så meget af netværket, men de mener samtidig, at netværket har en stor betydning, fordi der er mulighed for at få vendt hverdagens succeser og fiaskoer. Netop derfor foreslår flere, at møderne kunne foregå lidt oftere, eventuelt opdelt geografisk.

#### 6.2.5 Eksterne aktørers rolle og betydning (SinusLiv)

SinusLiv har fungeret som en god sparringspartner, men det har krævet, at konsulenterne selv har henvendt sig.

*"De er dygtige til den opgave, de er blevet bedt om at udføre" – En aktivitetskonsulent*

Så der er udbredt tilfredshed med SinusLivs rolle, men der er samtidig også et ønske om, at de tager en mere opsøgende rolle eventuelt i form af et nyhedsbrev om, hvordan projektet former sig, hvordan det er gået på de andre afdelinger og lignende.

### 6.3 Bidrag fra SinusLiv

#### 6.3.1 Relevans, omkostningseffektivitet og bæredygtighed

Det er generelt gået bedre med implementeringen af fysisk aktivitet, end SinusLiv havde turdet håbe på.

*"Det har været en succes, fordi du kan se, at implementeringsprocessen er lykkedes, og du kan sådanne se, at de mennesker, der har deltaget i det, er positive..." – Leder for SinusLiv*

SinusLiv kalder projektet for en succes på alle parametre både i forhold til lokalt strukturelle, patientmæssige og personalemæssige forhold. En barriere er dog, at ikke alle afdelinger har gjort sig klart, hvad de har sagt ja til. De har ikke gjort sig klart, at det kræver hårdt arbejde og villighed til forandringer at implementere fysisk aktivitet ordentligt. Men SinusLiv har fornemmelsen af, at for de aktivitetskonsulenter og afdelinger, som virkelig har taget fat, er forandringsprocessen lykkedes.

#### 6.3.2 Behov for fremtidige understøttende tiltag

SinusLiv foreslår, at sygehusejerne bestræber sig på at sikre, at uddannelsen til aktivitetskonsulent såvel som netværksmøderne kan blive billigere eller gratis. Det har været en klar begrænsning for deltagelsen i netværksmøderne, at aktivitetskonsulenterne skal betale fuld pris for deltagelsen, nu hvor Sundhedsstyrelsen ikke støtter projektet økonomisk længere. Den aktuelle pris for et netværksdagmøde er kr. 995,- pr. person alt inklusive.

SinusLiv oplever, at konditest.dk faktisk ikke bliver brugt, men de tror stadig på sitets overlevelse i takt med, at man på afdelingerne kommer længere i processen, og at aktivitetskonsulenterne kommer til at kende hinanden bedre. Der findes så mange muligheder for interaktion og vidensdeling på sitet, at hvis der kommer flere aktivitetskonsulenter, vil der blive mere aktivitet på hjemmesiden.

### 6.3.3 Erfaringer i forbindelse med uddannelse af og netværk for aktivitetskonsulenterne

Der har været en udbredt tilfredshed med indholdet, diskussionerne og arbejdsformerne på uddannelsesdagene blandt aktivitetskonsulenterne, men der har løbende været behov for mindre ændringer.

Netværket har været meget nyttigt især i forhold til, at aktivitetskonsulenterne har kunnet snakke med hinanden og udveksle erfaringer. Hvis netværket virkelig skal styrkes, så skal det være på deltagerprisen, da denne opleves som den største barriere.

## 7 Sammenfatning

I det følgende sammenfattes undersøgelsens empiriske resultater samt de anbefalinger, der kan opstilles på baggrund af data. Begge afsnit er opdelt i fire underafsnit: forudsætninger på afdelingerne; væsentlige input i processen; resultater af implementeringen på afdelingerne; samt erfaringer med fastholdelse af den fysiske aktivitet på afdelingerne.

### 7.1 Empiriske resultater

#### 7.1.1 Forudsætninger

De 21 deltagende afdelinger repræsenterer en stor bredde mht. størrelse og øvrige karakteristika. Evalueringsdata tyder ikke på, at disse forhold spiller en væsentlig rolle i forhold til implementering af fysisk aktivitet på afdelingerne. Patienternes vidt forskellige udgangspunkter for at deltage i fysisk aktivitet influerer dog på, hvor ambitiøst man kan gå til værks på de enkelte afdelinger. De deltagende afdelinger har stort set alle tidligere gjort visse erfaringer med fysisk aktivitet i behandlingen, men i en forholdsvis usystematisk form, og tidligere erfaring på området vurderes generelt ikke at være en væsentlig udslagsgivende faktor.

Datamaterialet peger derimod på, at det er en fordel, hvis **nøglepersonerne** på afdelingerne har forudgående interesse for fysisk aktivitet. Ligeledes er et afsæt i en tydelig **ledelsesbeslutning og -opbakning** en væsentlig befordrende faktor i implementeringsprocessen.

#### 7.1.2 Input

16 % af svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen angiver at have fulgt **Sundhedsstyrelsens modelkoncept** nøje, hvorimod 38 % har forholdt sig mere frit til konceptet. Næsten halvdelen svarer dog "ved ikke" på spørgsmålet om, hvorvidt man har holdt sig til modelkonceptet. Dette hænger bl.a. sammen med, at der hos en femtedel mangler viden om, hvad konceptet består i. 67 % af spørgeskemarespondenterne bedømmer dog samlet set Sundhedsstyrelsens materiale som inspirerende.

Arbejdet med at arrangere de fysiske aktiviteter er typisk bredt fordelt på personalegrupperne, men det er i de fleste tilfælde en mindre kreds, som faktisk deltager i aktiviteterne sammen med patienterne. De fleste afdelinger har etableret en **fast aktivitetsgruppe**, som dog har haft forskellig sammensætning og har spillet en forskelligartet rolle på de enkelte afdelinger.

86 % af spørgeskemarespondenterne vurderer, at **ledelsens løbende opbakning** til processen har en vis betydning eller en stor betydning. De interviewede aktivitetskonsulenter peger på, at det ind imellem kniber med den vedholdende ledelsesopbakning, bl.a. i form af tilstrækkelig afsat tid til planlægning og etablering af aktiviteterne.



Spørgeskemasvarene peger på, at **aktivitetskonsulenterne** generelt spiller en betydende rolle som undervisere, vejledere, inspiratorer m.m. undervejs i processen. Visse anbefalelsesværdige aktiviteter – f.eks. løbende undervisning af nyansatte medarbejdere – kan dog lettest og billigst gennemføres, hvis afdelingens aktivitetskonsulent er internt ansat.

Overordnet vurderes **uddannelsen til aktivitetskonsulent** meget positivt af aktivitetskonsulenterne, og SinusLiv ses som kompetente, engagerede og inspirerende undervisere. Flere af de interviewede konsulenter påpeger dog, at der godt kunne være et større fokus på, hvordan et sådant projekt rent praktisk kan lykkes i en travl hverdag på en psykiatrisk afdeling – i den forbindelse nævnes det f.eks., at der er for meget fokus på konditest via [www.konditest.dk](http://www.konditest.dk).

### 7.1.3 Resultater

På dataindsamlingsstidspunktet i februar-marts 2009 angav godt halvdelen af svarpersonerne at deres afdelinger var kommet langt med **implementeringen**, hvorimod knapt 40 % svarede at afdelingen var godt i gang, men manglede en del. For de resterende 9 % gjaldt det, at afdelingen stort set ikke var kommet i gang. Knapt to tredjedele af spørgeskemarespondenterne angiver, at 60 % eller derover af patienterne informeres om og søges involveret i aktiviteterne ved indlæggelsen.

I forhold til **patienterne** er der opnået særdeles gode resultater på mange afdelinger: 82 % af spørgeskemarespondenterne vurderer, at patienternes fysiske aktivitetsniveau er øget; alle svarer, at den fysiske aktivitet i høj grad eller i nogen grad har gavnet patienterne (heraf svarer 61 % "i høj grad"). Faktisk vurderer 68 %, at den fysiske aktivitet samlet set har forbedret patienternes psykiske tilstand, mens 65 % svarer, at fysisk aktivitet har reduceret medicinforbruget i mindre, nogen eller høj grad.

**Deltagelsen i implementeringsprojektet** har generelt sat de fysiske aktiviteter på afdelingerne bedre i system og bredt ansvaret for at etablere rammerne for den fysiske aktivitet ud til en større del af personalet. Tendensen er dog, at en mere begrænset medarbejderkreds deltager i aktiviteterne sammen med patienterne – 39 % af svarpersonerne angiver, at personalet på afdelingen samlet set er blevet mere aktive.

Der er udfoldet stor kreativitet med hensyn til at udvikle **innovative aktiviteter**, og erfaringerne tyder på, at dette er til gavn for de opnåede resultater. Konditest via hjemmesiden [www.konditest.dk](http://www.konditest.dk) (en del af modelkonceptet) har dog spillet en marginal rolle. Hovedparten af afdelingerne har til gengæld justeret de fysiske rammer (f.eks. oprettet motionsrum, gjort motionsredskaber mere synlige m.m.).

I gennemsnit indgår fysisk aktivitet kun i ca. 40 % af **patienternes behandlingsplaner**, på trods af at dette var et af Sundhedsstyrelsens krav i forbindelse med bevilling af medfinansiering. Svigtende lægeengagement angives som en årsag i denne forbindelse.

Omstruktureringer af organisatorisk eller personalemæssig karakter udpeges som de vigtigste barrierer for implementeringen af den fysiske aktivitet, men tidsforbruget i forbindelse med selve implementeringen nævnes også som en betydende faktor.

80 % af svarpersonerne angiver, at **pårørendegruppen** kun er blevet involveret i implementeringen i beskedent omfang, men interviewmaterialet peger på, at dette er et område, man gerne vil prioritere højere fremover.

#### 7.1.4 Fastholdelse

På flere områder synes **internt ansatte aktivitetskonsulenter** at spille en mere central rolle for implementeringen sammenlignet med afdelinger, der har trukket på timebetalte eksterne aktivitetskonsulenter. Afdelinger med egen aktivitetskonsulent opfatter i højere grad deres aktivitetskonsulent som "uundværlig" for processen, ligesom de bl.a. oftere ser vedkommende som en løbende kilde til inspiration i det daglige arbejde og til støtte i forhold til at sikre kontinuerlig ledelsesopbakning.

Blandt personalet kan der opstå **barrierer for fastholdelse**, idet personalet kan danne en opfattelse af, at den fysiske aktivitet blot er endnu et krav "fra oven" i en presset hverdag. De øgede krav om effektivitet i undersøgelsen og behandlingen af patienter kan gøre det vanskeligt at prioritere fysisk aktivitet.

**Netværksaktiviteter for aktivitetskonsulenterne** betegnes af de fleste som meget relevante i forhold til at give ny inspiration og fastholde engagementet, men det ses af mange svarpersoner som en væsentlig barriere for netværksarbejdet, at aktivitetskonsulenterne selv skal finansiere deltagelsen i netværksseminarerne.

63 % af spørgeskemarespondenterne svarer "i mindre grad" eller "slet ikke" til spørgsmålet om, i hvor høj grad de forventer, at **patienterne vil fortsætte med fysisk aktivitet** efter udskrivelsen (59 % vælger dog svarmuligheden "i mindre grad").

## 7.2 anbefalinger

### 7.2.1 Forudsætninger

Det anbefales, at **nøglepersonerne** på afdelingerne så vidt muligt på forhånd har generel interesse for og engagement i fysisk aktivitet. Af samme årsag bør man så vidt muligt søge at integrere hensynet til fysisk aktivitet i afdelingens rekruttering og **personalepolitik**. Man kan i den forbindelse i pagt med tidsånden søge at udvikle den fysiske aktivitet på afdelingen som et personalegode.

Det er endvidere af stor betydning, at et implementeringsprojekt igangsættes på baggrund af en tydelig og synlig **ledelsesbeslutning og -opbakning**. Til dette hører også, at man ledelsesmæssigt har sikret, at alle på afdelingen er opmærksomme på det tidsforbrug, der knytter sig til at etablere fysisk aktivitet i behandlingen.

### 7.2.2 Input

Hele **personalegruppen** skal så vidt muligt involveres i implementeringen af den fysiske aktivitet, så projektet sættes på hele afdelingens dagsorden. Hvis det i praksis ikke er muligt at involvere hele personalegruppen, er det centralt at finde nøglepersoner blandt personalet, som på forhånd har interesse for fysisk aktivitet, og derfor er lette at engagere.

Det anbefales fra første færd at etablere en **fast aktivitetsgruppe**, som arbejder med planlægning og udførelse af fysiske aktiviteter. Derudover kan aktivitetsgruppen også have til opgave at huske det resterende personale på vigtigheden af den fysiske aktivitet. Aktivitetsgruppen kan med fordel sammensættes tværfagligt og suppleres løbende med tanke på personaleudskiftninger.

Det er en central **løbende ledelsesopgave** at prioritere den fysiske aktivitet ved eksempelvis udarbejdelse af arbejdstidsplaner, så der er afsat tid og ressourcer nok til planlægning og gennemførelse af aktiviteter, såvel som til refleksion og debat. Det er også vigtigt, at afdelingsledelsen er kreativ og selv går synligt foran i implementeringsprocessen.

**Aktivitetskonsulent**en bør ved implementeringsprocessens begyndelse gøre det klart for ledelsen, hvilke ønsker og krav vedkommende har til eget tidsforbrug, personaleinvolvering, mødeaktivitet o.l. På den måde kan forventningerne til processen afstemmes, og der kan i samarbejde langtidspanlægges forskellige aktiviteter, møder og tidsforbrug.

De interviewede aktivitetskonsulenter ser meget positivt på **SinusLivs bidrag**, men anbefaler, at uddannelsen i højere grad indrettes efter, at der skal tages højde for virkeligheden på en psykiatrisk afdeling. Videre anbefales det, at netværket for aktivitetskonsulenter kommer til at spille en mere opsøgende rolle – f.eks. via et nyhedsbrev, som orienterer på tværs af de deltagende afdelinger.

### 7.2.3 Resultater

**Aktivitetskonsulent**en er en nøglefigur i forhold til kompetenceudvikling, engagementsskabelse og planlægning. Det anbefales derfor, at man fra første færd er opmærksom på at få mest mulig gavn af konsulentens ekspertise og erfaring.

Det er vigtigt, at **personalet** erkender, at motion og fysisk aktivitet kan være mange ting og foregå mange steder, og at man ikke behøver en lang uddannelse for at lave fysiske aktiviteter sammen med patienterne. På den måde nedtones berøringsangsten over for at kaste sig ud i planlægning og afvikling af fysiske aktiviteter for hele personalegruppen, men man skal være bevidst om, at den slags tager tid.

En central anbefaling er at **inddrage patienterne** i den nærmere planlægning af de fysiske aktiviteter, da dette erfaringsmæssigt giver øget patientdeltagelse og -engagement. I forlængelse heraf peges der på, at tidspunkterne for aktiviteterne bør indrettes efter patienternes rytme. Hvis flere er mest vågne om eftermiddagen eller aftenen, så bør de fleste fysiske aktiviteter ligge i det tidsrum.

At lave noget sammen og have fælles oplevelser som **personale og patienter** er af stor betydning for **relationen**. Personalet skal turde føre an og udstille sig selv i ikke-professionelle situationer. Det viser patienterne, at vi alle er lige, trods forskelle i ressourcer. Det er indgangen til, at patienterne involveres i aktiviteterne, hvorved der lægges en grobund for en bedre kommunikation og et bedre samvær mellem patienter og personale.

Afdelingerne ønsker at **Sundhedsstyrelsen** er tydeligt på banen med faglige udmeldinger vedrørende fysisk aktivitet i forhold til ledelsesniveauer på sygehusene og dermed bidrager til at sikre prioriteringen af arbejdet i det daglige.

#### 7.2.4 Fastholdelse

Særligt i forhold til fastholdelse af fysisk aktivitet synes der at være fordele forbundet med at kunne trække på en **internt ansat aktivitetskonsulent**. Det gælder i forhold til den løbende opkvalificering af det øvrige personale, men det gælder også mere bredt betragtet for udbyttet af konsulentens indsats.

En **fast struktur** for de fysiske aktiviteter og en opprioritering af deres gennemførelse er med til at styrke fastholdelsen af de fysiske aktiviteter. En indsats for at få den fysiske aktivitet systematisk ind i behandlingsplanerne og godt indarbejdet i afdelingens dagligdag kan generelt have stor betydning for fastholdelsen og udviklingen af projektet, og **lægerne og aktivitetsgrupperne** kan bidrage hertil.

**Sundhedsstyrelsen** bør komme med faglig vejledning på området, herunder nødvendigheden af at prioritere redskaber, aktiviteter og netværksmøder for aktivitetskonsulenterne.

## 8 Bilagsmateriale

Rapportens bilagsmateriale er opdelt i fem afsnit. I afsnit 8.1 og 8.2 redegøres for det metodiske grundlag for dataindsamlingens kvantitative henholdsvis kvalitative del, ligesom der gives en kort vurdering af datakvalitet og -validitet. Afsnit 8.3-8.5 rummer oversigter over de indsamlede data – dvs. tabeloversigter over spørgeskema-data samt udvalgte citater fra interviewreferaterne samt fra de åbne spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen. Afsnit 8.6 citerer udvalgte besvarelser på spørgeskemaets åbne spørgsmål.

### 8.1 Metode og data – det kvantitative spørgeskema

Formålet med undersøgelsens kvantitative del var at opnå et bredt overblik over de 21 implementerende afdelingers erfaringer med og vurderinger af fysisk aktivitet i den psykiatriske behandling fra et ledelses- såvel som et medarbejderperspektiv.

Spørgeskemaet blev udarbejdet i løbet af efteråret 2008 med endelig godkendelse hos Sundhedsstyrelsen medio december 2008. Den internetbaserede spørgeskemaundersøgelse blev gennemført fra starten af februar 2009 til ultimo marts 2009.

Ifølge evalueringens design skulle de implementerende afdelinger hver især bidrage til spørgeskemaundersøgelsen med besvarelser fra en leder, en i projektet meget involveret medarbejder og en i projektet mindre involveret medarbejder. I praksis viste dette sig dog ikke muligt at opnå i alle tilfælde, hvorfor det blev accepteret, at enkelte afdelinger bidrog med to svarpersoner, mens andre bidrog med fire svarpersoner. I alt blev invitationen til undersøgelsen udsendt til 65 svarpersoner fordelt på de 21 afdelinger.

#### 8.1.1 Spørgeskemakonstruktion

Spørgeskemaet blev konstrueret i samarbejde mellem Center for Kvalitetsudvikling og Sundhedsstyrelsen i løbet af efteråret 2008. Konstruktionen af spørgeskemaet tog udgangspunkt i de opstillede evalueringsspørgsmål, som blev operationaliseret til konkrete spørgeskemaspørgsmål. Af hensyn til at reducere belastningen af svarpersonerne måtte der dog prioriteres mellem de opstillede evalueringsspørgsmål, således at hovedvægten blev lagt på de spørgsmål, der egner sig bedst til besvarelse i spørgeskemaform.

#### 8.1.2 Faglig følgegruppe og pilottest

Som det var tilfældet med interviewguiderne, blev projektets faglige følgegruppe bedt om at vurdere et udkast til spørgeskemaet ud fra deres faglige erfaringer og viden. Denne del af kvalitetssikringen gav få, men relevante kommentarer og forbedringsforslag, som blev indarbejdet i spørgeskemaet.

Derudover blev et revideret udkast til spørgeskemaet yderligere kvalitetssikret gennem inddragelse af tre pilottestere fra tre forskellige afdelinger. Pilottesterne var henholdsvis en leder, en meget involveret medarbejder og en mindre involveret medarbejder. Pilottesterne blev både bedt om at besvare spørgeskemaet og komme med deres kommentarer og forbedringsforslag. De relevante kommentarer fra pilottesterne blev indarbejdet i det endelige spørgeskema.

### 8.1.3 Gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført fra starten af februar 2009 og indtil slutningen af marts 2009. På trods af forudgående udpegelse af svarpersonerne foretaget af afdelingerne selv samt aftale med respondenterne viste det sig nødvendigt at foretage adskillige påmindelser pr. mail og telefon til de respondenter, der manglede at besvare spørgeskemaet.

Der blev i alt afgivet 59 valide besvarelser, svarende til en svarandel på 91 %. Heraf kom to dog fra pilottestere, der besvarede en foreløbig version af spørgeskemaet, og hvis besvarelser derfor af validitetshensyn kun indgår i datasættet for så vidt angår besvarelserne af spørgeskemaets åbne spørgsmål. Videre indgik der fem korte besvarelser, hvor hovedparten af skemaet udgik på grund af projektets manglende implementering på afdelingen. Disse besvarelser kom fra tre forskellige afdelinger, hvor de primære angivne årsager til den forsinkede implementering er omorganiseringer samt personaleudskiftning på nøgleposter. Samlet betyder dette, at i alt 52 personer har besvaret spørgeskemaets evalueringsdel.

Bortfaldet på seks personer i forhold til undersøgelsesgruppen på 65 respondenter faldt i to kategorier. Fire respondenter måtte udgå af forskellige årsager, herunder bl.a. langvarigt fravær samt jobskifte, mens to svarpersoner undlod at besvare spørgeskemaet trods gentagne påmindelser.

### 8.1.4 Resultater og datakvalitet

De 52 fuldgyldige besvarelser gav som håbet et godt overblik over resultater og erfaringer på afdelingerne. Svarpersonerne svarede med ganske få undtagelser på hele spørgeskemaet, ligesom de i betydeligt omfang benyttede spørgeskemaets mulighed for at afgive uddybende fritekstsvar undervejs. Begge dele underbygger indtrykket af, at svarpersonerne generelt har været motiverede for at bidrage kvalificeret og udtømmende til undersøgelsen.

Spørgeskemametoden indebærer altid en risiko for, at divergerende forståelser af de konkrete spørgsmålsformuleringer leder til delvist misvisende svarmønstre. Dette problem er søgt håndteret via inddragelse af den faglige følgegruppe og pilottestere i udviklingsfasen, og det er evaluators indtryk, at skemaet i praksis har været forholdsvis velfungerende. Der er dog indsat metodiske kommentarer i teksten på de steder, hvor der er en risiko for, at variation i spørgsmålsforståelsen har haft indflydelse på svarmønstrene.

En anden væsentlig metodisk bemærkning knytter sig i denne sammenhæng til risikoen for en skævhed i udvælgelsen af svarpersonerne, idet tre personer pr. afdeling i de fleste tilfælde kun udgør en mindre del af afdelingens samlede personalegruppe. Problemet understreges af, at afdelingerne af praktiske årsager selv har stået for at udpege de konkrete svarpersoner. Evaluator har ikke mulighed for at afdekke betydningen af denne faktor. En vis bredde i datamaterialet sikres dog ved, at de udvalgte kategorier af svarpersoner som nævnt har haft tre forskellige roller i arbejdet med implementeringen. Videre øger det forhold, at respondenterne er garanteret fuld fortrolighed, sandsynligheden for, at svarene er retvisende i forhold til svarpersonernes faktiske erfaringer.

Bortfaldet i forbindelse med undersøgelsen har været så forholdsvis beskedent, at denne faktor ikke vurderes at have væsentlig, selvstændig betydning – ikke mindst fordi bortfaldet har været jævnt fordelt på tværs af afdelingerne og ikke har baggrund i bestemte systematiske faktorer knyttet til selve implementeringen.

Den ovenfor beskrevne kvalitetssikring samt det forhold, at der ikke viste sig væsentlig diskrepans imellem interview- og spørgeskemadata, leder til en vurdering af, at de indsamlede spørgeskemadata samlet set har tilfredsstillende gyldighed og pålidelighed.

## 8.2 Metode og data – de kvalitative interview

Det primære formål med gennemførelsen af de kvalitative interview var at sikre, at de indsamlede spørgeskemadata blev uddybet og nuanceret, ikke mindst med henblik på at understøtte formulering af klare og anvendelige anbefalinger.

Interviewguider til de kvalitative interview blev udarbejdet i efteråret 2008 med endelig godkendelse hos Sundhedsstyrelsen medio december 2008. De otte telefoninterview blev gennemført af Center for Kvalitetsudvikling i januar 2009, og transkriberinger af interview blev gennemlæst og godkendt af interviewpersonerne i løbet af februar 2009.

Interviewgruppen bestod af to medarbejdere, to ledere, tre aktivitetskonsulenter fra syv forskellige afdelinger samt lederen for SinusLiv. Det blev i udvælgelsen af svarpersoner så vidt muligt forsøgt at finde frem til svarpersoner, der har haft positive henholdsvis mindre positive erfaringer med implementeringen af fysisk aktivitet i behandlingen. Denne udvælgelse blev foretaget på baggrund af oplysninger fra SinusLiv og erfaringer fra afdelingerne selv, der blev anført som bemærkninger i forbindelse med indhentning af baggrundsoplysninger om afdelingerne tidligt i evalueringsforløbet.

### 8.2.1 Konstruktion af interviewguider

Interviewguiderne blev til i et samarbejde mellem Center for Kvalitetsudvikling og Sundhedsstyrelsen. De fire interviewguider havde forskelligt fokus: En til de to medarbejderinterview, en til de to lederinterview, en til de tre interview med aktivitetskonsulenter og en til interviewet med lederen fra SinusLiv.

De udarbejdede interviewguider lagde op til forholdsvis tæt strukturerede interview. De mange spørgsmål, der ønskedes besvaret, betød, at tidsrammen for interviewene var stram, hvis interviewene skulle holdes inden for den med interviewpersonerne aftalte tidsramme.

### 8.2.2 Faglig følgegruppe og pilottest

Der blev udvalgt en faglig følgegruppe med tre medlemmer til vurdering af både interviewguider og spørgeskema. De tre medlemmer repræsenterede tre forskellige afdelinger og samtidig også tre forskellige professioner henholdsvis pædagog, afdelingssygeplejerske og overterapeut. Ved netop denne udvælgelse blev det sikret, at der kunne komme så bred en faglig vurdering af interviewguider og spørgeskema som muligt. Den faglige følgegruppe blev bedt om at være med til at kvalitets-sikre dataindsamlingsværktøjerne på baggrund af deres faglige erfaringer og viden,

så disse var relevante og troværdige i forhold til evalueringens formål. Den faglige følgegruppe havde få, men relevante kommentarer til de fire interviewguider, og disse blev indarbejdet i den endelige udgave af de forskellige interviewguider.

De første gennemførte interview fungerede som pilottest, og disse interview forløb uden de store problemer, og derfor blev det besluttet at fortsætte med de oprindelige interviewguider.

### 8.2.3 Interviewenes gennemførelse

Interviewene blev gennemført pr. telefon i januar 2009 efter forudgående aftaler med interviewpersonerne. Interviewpersonerne fik tilsendt informationer om evalueringen samt interviewguiden inden interviewet. Det var tænkt ind i processen, at der skulle være mulighed for at revidere interviewguiderne løbende, hvis det blev vurderet nødvendigt.

Dette skulle foregå gennem løbende intern kvalitetssikring i Center for Kvalitetsudvikling under interviewprocessen, men intet blev ændret i interviewguider. I forbindelse med enkelte af interviewene var det dog nødvendigt at stille opfølgende spørgsmål uden for interviewguiden og lave mindre omformuleringer af spørgsmålene for at få svar på de ønskede spørgsmål. De fleste interview holdt sig inden for tidsrammen på ca. 45 minutter.

### 8.2.4 Resultater og datakvalitet

De otte interview gav som håbet gode muligheder for at få uddybet perspektiver og barrierer for implementeringen af den fysiske aktivitet. Alle interviewpersoner var villige til at fortælle om deres erfaringer og anbefalinger, og give deres vurdering af projektet og processen. De otte interviewpersoner havde vidt forskellige udgangspunkter, men alle var fra starten af implementeringsprocessen positive over for den fysiske aktivitet. I løbet af processen er der gjort vidt forskellige erfaringer, og det er med til at belyse positive henholdsvis mindre positive aspekter af implementeringen af fysisk aktivitet i psykiatrien.

Man skal naturligvis være opmærksom på, at den forholdsvis lille interviewgruppe indebærer en risiko for, at de faktiske erfaringer på de 21 afdelinger repræsenteres skævt af datasættet, i og med at en stor del af de deltagende afdelinger og aktivitetskonsulenter ikke har bidraget.

Det er dog vurderingen, at udvælgelsesmetoden har sikret ganske god bredde i interviewdata, ligesom pilottest og inddragelse af den faglige følgegruppe ikke viste væsentlige vanskeligheder i forståelsen af interviewspørgsmålene. Samlet vurderes interviewdata således at have tilfredsstillende gyldighed og pålidelighed.



### 8.3 Data - afsnit 4

*Figur 4.a: Hvem har konkret stået for implementeringen af projektet på afdelingen?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Nøglepersoner	46 %	24
Afdelingsledelsen	27 %	14
Arbejdsgruppe	29 %	15
Aktivitetskonsulent	25 %	13
Fysioterapeut	42 %	22
Ergoterapeut	19 %	10
Hele personalet	40 %	21
Andre	17 %	9

52 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

*Figur 4.b: Hvilken betydning har afdelingsledelsens opbakning haft for implementeringen?*

Svarmulighed	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Stor betydning	44 %	22
En vis betydning	42 %	21
Mindre betydning	12 %	6
Slet ingen betydning	2 %	1

50 valide besvarelser.

**Afsnit 4.3.1:** Hvor stor en andel af patienterne informeres ved indlæggelsen om afdelingens brug af fysisk aktivitet i behandlingen?

Svarmuligheder - andel af patienterne der informeres	Besvarelser i %	Antal besvarelser
0 %	0 %	0
10 %	6 %	3
20 %	6 %	3
30 %	4 %	2
40 %	4 %	2
50 %	14 %	7
60 %	8 %	4
70 %	10 %	5
80 %	4 %	2
90 %	20 %	10
100 %	24 %	12

50 valide besvarelser.

**Afsnit 4.3.2:** Hvor stor en del af plejepersonalet er involveret i den fysiske aktivitet?

Udsagn	Hele personalet	En del af personalet	Nogle få fra personalet	Nøgelpersoner	Ingen fra personalet	Antal besvarelser
Informerer og motiverer patienterne til at deltage i den fysiske aktivitet	50 %	37 %	12 %	2 %	0 %	52
Følger patienterne til den fysiske aktivitet	29 %	43 %	22 %	6 %	0 %	49
Deltager selv aktivt i den fysiske aktivitet	18 %	42 %	36 %	4 %	0 %	50

Hvem afvikler konkret de fysiske aktiviteter i hverdagen?

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Der er en særlig gruppe nøglemedarbejdere, der altid står for afvikling af den fysiske aktivitet på afdelingen	27 %	14
Alle medarbejdere deltager i arbejdet med at afvikle den fysiske aktivitet på afdelingen	62 %	32
Ergoterapeut	39 %	20
Fysioterapeut	42 %	22
Andre	27 %	14

52 besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

*Afsnit 4.4: Hvordan har aktivitetskonsulenten helt konkret hjulpet til på afdelingen i implementeringsfasen?*

Svarmulighed	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Undervisning	71 %	37
Indretning/justering af fysiske rammer på afdelingen	42 %	22
Inspirationskilde	52 %	27
Sparringspartner	52 %	27
Fastholdelse af entusiasmen hos personalet	35 %	18
Fastholdelse af ledelsesopbakningen	14 %	7
Hjælp til tekniske spørgsmål	23 %	12
Aktivitetskonsulenten har ikke hjulpet med noget	4 %	2
Andet	14 %	7

52 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

**Afsnit 4.7:** Har I anvendt materialet fra Sundhedsstyrelsens modelprojekt på din afdeling? Eksempelvis testmanualen, aktivitetskataloget eller evalueringsrapporten.

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Ja	65 %	33
Nej	16 %	8
Jeg kender ikke materialet fra Sundhedsstyrelsen	20 %	10

51 valide besvarelser.

*Hvordan vurderer du materialet fra Sundhedsstyrelsen?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Materialet er inspirerende og motiverende	67 %	28
Materialet er direkte brugbart på afdelingen	24 %	10
Materialet er let læseligt	60 %	25
Materialet er svært forståeligt	0 %	0
Materialet er vanskeligt at bruge i dagligdagen	5 %	2
Materialet har ikke været tilgængeligt for alt personale	5 %	2
Andet	12 %	5

41 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

**Afsnit 4.8:** *Hvordan forsøger afdelingen at få de pårørende til at deltage i de fysiske aktiviteter?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Pårørende informeres ved indlæggelsen om den fysiske aktivitet i afdelingen	20 %	10
Pårørende opfordres til deltagelse i den fysiske aktivitet ved patientbesøg	0 %	0
Pårørende opfordres til fysisk aktivitet, når patienten er på hjemmebesøg	6 %	3
Pårørende undervises omkring fysisk aktivitet som et led i psykoedukation	4 %	2
Afdelingen er ikke så langt i forhold til pårørende endnu	80 %	41
Andet	8 %	4

51 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

## 8.4 Data - afsnit 5

**Figur 5.a:** Hvilken betydning har projektet haft for patienterne ifølge din vurdering? Patienternes aktivitetsniveau.

Svarmuligheder	Ledere i %	Medarbejdere i %	Samlet i %	Antal besvarelser
Større-bedre	94 %	77 %	82 %	42
Ingen forskel	0 %	17 %	12 %	6
Ved ikke	0 %	0 %	6 %	3
Mindre-værre	6 %	6 %	0 %	0

51 valide besvarelser.

**Figur 5.b:** I hvilken grad vurderer du, at den fysiske aktivitet gavner patienterne under indlæggelsen?

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
I høj grad	62 %	32
I nogen grad	39 %	20
I mindre grad	0 %	0
Slet ikke	0 %	0

52 valide besvarelser.

Hvor stor en del af patienterne bliver konditestet ved indlæggelsen?

Andel af patienter der konditestes	Besvarelser i %	Antal besvarelser
0 %	87 %	45
10 %	6 %	3
20 %	2 %	1
30 %	0 %	0
40 %	0 %	0
50 %	2 %	1
60 %	2 %	1
70 %	0 %	0
80 %	2 %	1
90 %	0 %	0
100 %	0 %	0

52 valide besvarelser.

*Afsnit 5.2: Hos hvor stor en andel af patienterne indgår fysisk aktivitet som en del af behandlingsplanen?*

Andel med fysisk aktivitet i behandlingsplan	Besvarelser i %	Antal besvarelser
0 %	4 %	2
10 %	6 %	3
20 %	20 %	10
30 %	12 %	6
40 %	14 %	7
50 %	8 %	4
60 %	4 %	2
70 %	14 %	7
80 %	4 %	2
90 %	8 %	4
100 %	8 %	4

51 valide besvarelser.

*Hvordan er afdelingens dagligdag ændret som følge af projektet?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Ugeskemaet er ændret	60 %	31
Der er ansat nyt personale	14 %	7
Vagtplanerne er ændret	19 %	10
Funktionsbeskrivelserne er ændret	15 %	8
Behandlingskonferencerne er ændret	10 %	5
Dokumentationen er ændret	35 %	18
Der er ikke sket ændringer som følge af projektet	21 %	11
Andet	23 %	12

52 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

*Afsnit 5.3: Hvilken betydning har projektet haft for personalet ifølge din vurdering? –Afdelingsmiljøet som helhed*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Større-bedre	35 %	18
Ingen forskel	52 %	27
Mindre-værre	4 %	2
Ved ikke	10 %	5

52 valide besvarelser.

*Afsnit 5.3.1: Hvordan har projektet haft betydning for de fysiske rammer på afdelingen?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Motionsredskaber er blevet synlige i afdelingsmiljøet	67 %	35
Der er ændret på brugen af rummene/rumopdelingen	54 %	28
Tingene er nu organiseret på en sådan måde, at det kræver bevægelse for at få noget fra eksempelvis kaffevognen, madvognen eller lignende	4 %	2
Der er indrettet et motionsrum	60 %	31
Der er kommet motiverende farver og plakater på væggene	10 %	5
Der er ikke sket ændringer i det fysiske rum	12 %	6
Andet	15 %	8

52 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

*Afsnit 5.3.3: Hvilken betydning har projektet haft for personalet ifølge din vurdering?*

*Personalets aktivitetsniveau*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Større-bedre	39 %	20
Ingen forskel	44 %	23
Mindre-værre	0 %	0
Ved ikke	17 %	9

52 valide besvarelser.

*Personalets fysiske form*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Større-bedre	21 %	11
Ingen forskel	60 %	27
Mindre-værre	0 %	0
Ved ikke	27 %	14

52 valide besvarelser.



**Afsnit 5.3.4:** Hvilken betydning har projektet haft for personalet ifølge din vurdering?

*Personalets relationer til patienterne*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Større-bedre	56 %	29
Ingen forskel	39 %	20
Mindre-værre	0 %	0
Ved ikke	6 %	3

52 valide besvarelser.

**Afsnit 5.3.5:** På hvilken måde er den fysiske aktivitet blevet en del af personalepolitikken på afdelingen?

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
I stillingsopslag og ved ansættelser lægges der vægt på ansøgerens kvalifikationer og motivation i forhold til fysisk aktivitet	26 %	13
Den fysiske aktivitet er blevet indskrevet i alle medarbejderes funktionsbeskrivelse	2 %	1
Den fysiske aktivitet er blevet indskrevet i enkelte medarbejderes funktionsbeskrivelse	10 %	5
Den fysiske aktivitet tages op til medarbejderudviklingssamtaler (MUS)	16 %	8
Den fysiske aktivitet er ikke en del af personalepolitikken	41 %	21
Andet	28 %	14

51 valide besvarelser. Der var mulighed for at afgive flere svar på dette spørgsmål.

**Afsnit 5.3.6:** I hvilken grad har fysisk aktivitet kunnet bruges til at reducere medicineringen af patienterne?

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
I høj grad	2 %	1
I nogen grad	29 %	15
I mindre grad	35 %	18
Slet ikke	12 %	6
Ved ikke	23 %	12

52 valide besvarelser.

## 8.5 Data - afsnit 6

**Afsnit 6.1.1:** Har de ressourcer (personalemæssige og økonomiske), der er investeret i projektet, stået mål med udbyttet efter din vurdering?

Svarmuligheder	Ledere i %	Medarbejdere i %	Samlet i %	Antal besvarelser
I høj grad	31 %	19 %	23 %	12
I nogen grad	56 %	39 %	44 %	23
I mindre grad	13 %	31 %	25 %	13
Slet ikke	0 %	0 %	0 %	0
Ved ikke	0 %	11 %	8 %	4

52 valide besvarelser.

*Hvilken betydning har projektet haft for patienterne ifølge din vurdering?*

*Patienternes psykiske tilstand*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Større-bedre	68 %	34
Ingen forskel	16 %	8
Mindre-værre	0 %	0
Ved ikke	16 %	8

50 valide besvarelser.

*Afsnit 6.1.2: I hvilken grad vurderer du, at patienterne fortsætter med fysisk aktivitet efter udskrivelsen?*

Svarmuligheder	Ledere i %	Medarbejdere i %	Samlet i %	Antal besvarelser
I høj grad	0 %	0 %	0 %	0
I nogen grad	44 %	34 %	37 %	19
I mindre grad	50 %	63 %	59 %	30
Slet ikke	6 %	3 %	4 %	2

51 valide besvarelser.

*Afsnit 6.1.3: Hvilken betydning har konditest.dk haft for projektet på afdelingen?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Stor betydning	2 %	1
Nogen betydning	8 %	4
Mindre betydning	12 %	6
Slet ingen betydning	16 %	8
Vi har ikke brugt konditest.dk	63 %	32

51 valide besvarelser.

*Afsnit 6.1.4: Hvilken betydning har aktivitetskonsulenten haft for implementeringen af projektet på din afdeling?*

Svarmuligheder	Besvarelser i %	Antal besvarelser
Uundværlig	16 %	8
Stor betydning	37 %	19
En vis betydning	31 %	16
Ringe betydning	8 %	4
Uden betydning	8 %	4

51 valide besvarelser.

## 8.6 Udvalgte besvarelser på spørgeskemaets åbne spørgsmål

Hvad har virket godt i implementeringsprocessen? Hvad kunne have været bedre?

"Den tilbudte undervisning til hele personalegruppen har været god."

"Det har øget opmærksomheden om motion, dog er det svært at motivere akut psykisk syge patienter til f.eks. at cykle på motionscykel. Her på afdelingen har vi mere satset på traveture i frisk luft."

"Den fysiske aktivitetskonsulent var meget inspirerende på vores temadag, hvor hele personalegruppen inklusive ledelsen deltog. Personalegruppen er motiveret for at fokusere på fysisk aktivitet, og der har været ledelsesmæssig opbakning til projektet."

"Godt at have nye redskaber på afdelingen – f.eks. løbebånd og motionscykel."

"Nært, tæt og vedholdende samarbejde i hele personalegruppen. Har brugt materiale fra Sundhedsstyrelsen som fagligt grundlag og inspiration. Har haft stor gavn af de indkøbte redskaber."

"Det har virket godt at have Sundhedsstyrelsens pjece liggende i afdelingen, så vi har kunnet tage et fælles udgangspunkt."

"Vi har hver dag et morgenmøde, hvor dagens aktiviteter planlægges. Der er en fast struktur, men med individuelle hensyn."

"Kunne have været dejligt, hvis ledelsen havde været mere engageret."

Hvordan har I udeladt eller tilføjet noget til konceptet i tilpasningen til afdelingen?

"Vi har grundet tidsnød ikke lavet særlig mange konditester."

"Vi har ikke formået at få implementeret den del af projektet, som fokuserer på testningen af patienterne. Dette har ikke kunne lade sig gøre, da patienterne ikke ønsker at deltage."

"Vi har indført motion i aftenvagterne tre gange om ugen ved fast personale og fysioterapeut/ergoterapeut."

"Det er desværre ikke helt kommet så meget med i patienternes behandlingsplaner, da lægerne ikke er så engagerede."

"Vi har fået lavet et tredelt vagtskema, så vi bedre kan implementere fysisk aktivitet, ansat to aktivitetsmedarbejdere, og flyttet lægesamtaler og behandlingskonferencer uden for træningstiderne."

"Vi fik lavet et program, som også fysisk svagelige kunne deltage i."

Beskriv de holdningsændringer, der er forekommet i personalegruppen som følge af projektet.

"Der er i personalegruppen kommet større fokus på motions betydning og på forebyggelsen af vægtøgning, som jo er en kendt bivirkning ved meget af den tilbudte behandling."

"Der er ikke sket en holdningsændring."

"Der er blevet sat mere tid af, til at vi kan gå i motionsrummet med patienterne primært om aftenen."

"Det er blevet mere almindeligt at samtale omkring f.eks. frokosten om diverse motionsformer. At planlægge forskellige aktiviteter sammen med børnene."

"Der er større forståelse for/viden om, at fysisk aktivitet er vigtig i behandlingen af patienterne. Der er lidt større opbakning til fysisk aktivitet. Jeg tror ikke, det har haft indflydelse på personalets holdning til egen aktivitet."

"Jeg synes ikke, det har gjort den store forskel, der er nogle, som går meget op i det at være i god form, og andre det ikke betyder så meget for."

"Jeg er blevet mere aktiv hjemme, løber i skoven og var rystet over mit kondital, som jeg har forbedret. Mit BMI er også faldet. En del af os går også i vores lokale træningscenter efter arbejde. Jeg ville dog ønske, at personalet kunne være mere aktive."

"Har fra erfarne kollegaer mødt modstand på projektet på den måde, at de har været med til at opstarte mange projekter, og nu ikke har motivation til endnu et nyt projekt. Da projektet blev sat i gang, kom der ellers mange positive tilbagemeldinger."

Hvilke muligheder ser du for implementeringen af projektet andre steder i psykiatrien? Hvilke forudsætninger skal være opfyldt for, at det kan lykkes?

"Jeg tænker, at det kan lykkes alle steder, hvis lederne går ind for det og formår at motivere personalet, men det kræver flere personaleressourcer, hvis personalet skal deltage sammen med patienterne."

"Fysisk aktivitet kan implementeres i næsten alle dele af psykiatrien. Især den ambulante del er ikke aktiv i dag. Det er vigtigt, at der er nøglepersoner, der går forud, når der skal implementeres."

"Implementering er helt klart mulig andre steder på f.eks. botilbud/støttecentre. Synes også, den kan blive en del af hverdagen uden for det psykiatriske regi, f.eks. på plejehjem. Det kræver bare, at man tør tænke nyt."

"Projektet kunne fint implementeres på andre afdelinger. Det vil være vigtigt med undervisning/temadage til at sætte det i værk. Det er også vigtigt, at der er nøglepersoner, der brænder for området og kan være med til at holde gejsten oppe."

Hvilke barrierer ser du for implementeringen af projektet andre steder i psykiatrien? Har du eventuelt forslag til forbedringer?

"Det skal ikke være plejepersonalet, der står for motionsprojektet, det er der ikke tid til. Det ville være langt mere effektivt, hvis patienterne kom i fysio- eller ergoterapi. De ville også være mere motiverede, hvis de kom ud af afdelingen."

"Manglende ledelsesmæssig opbakning. Fysiske rammer. Patienternes både fysiske og psykiske tilstand. Manglende engagement blandt personalet, der kan opleve, at det er en ekstra opgave, der bliver pålagt dem i en i forvejen presset hverdag."

"Der er for få aktivitetskonsulenter at trække på."

"Barrierer kan være, at der arbejdes med mange spændende tiltag i psykiatrien. Der skal ikke være for mange konkurrerende projekter."