

# ÖKAD MÖJLIGHET TILL ATT VARA FYSISKT AKTIV PÅ EN INTERNMEDICINSK AVDELNING

-en fokusgruppsstudie ur ett patientperspektiv

Författare

Kari Mari Reehorst

Susanne Wilson

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5360MEV Göteborgs Universitet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt. 2019
Handledare:	Sofie Jakobsson Ingalill Koinberg
Examinator:	

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Titel svensk: -Ökad möjlighet att vara fysiskt aktiv på en internmedicinsk avdelning – en fokusgruppsstudie ur ett patientperspektiv  
-Increased opportunity to be physically active in an internal medical department – a focus group study from a patient perspective

Titel engelsk: perspective

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: OM5360MEV

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: VT 2019

Handledare: Sofie Jakobsson

Examinator: Ingalill Koinberg

Nyckelord: *Fysisk aktivitet, miljö, patientperspektiv, hälsa, specialistsjuksköterska*

---

## Sammanfattning

**Introduktion:** Under tiden patienten är inneliggande på internmedicinsk vårdavdelning finns det svårigheter att kunna vara fysiskt aktiv, relaterat till aktuell sjukdomsproblematisering. Det finns en risk att patienter drabbas av vårdskador relaterat till inaktivitet. Möjligheter för patienten att vara fysiskt aktiv utifrån egna förutsättningar trots hinder, detta är väsentligt att belysa utifrån ett patientperspektiv.

**Syfte:** Beskriva utifrån ett patientperspektiv, möjligheter och hinder för att vara fysiskt aktiv under sjukhusvistelsen på en internmedicinsk vårdavdelning

**Metod:** Studien har en kvalitativ induktiv ansats för att belysa patienters erfarenheter. Data samlades in med hjälp av fyra fokusgrupper, 14 patienter deltog och bidrog med sin kunskap. Materialet som insamlades analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen av patienters erfarenhet resulterade i fyra kategorier; nödvändigt för kroppen, stöd under och efter vårdtiden, vårdmiljö och balans mellan aktivitet och vila. Kategorierna var uppbyggda av nio subkategorier. Temat, som kom att omfattade samtliga kategorier bestod av, hjälp till självhjälp för att uppnå hälsa.

**Slutsatser:** Kunskap om vikten av att vara fysiskt aktiv under vårdtiden kan öka patientens självständighet, minska risken för vårdrelaterade skador och minska kostnader för samhället. Genom resultatet speglas samspel mellan patienten och vårdpersonalen i vårdrelationen. Vikten av stöd och delaktighet från vårdpersonalen för att uppnå hälsa. Som blivande specialistsjuksköterskor inom internmedicin kan kunskapen bidra till att arbeta för och med patienter på utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt och stötta patienter i att snabbare återhämta sig.

Nyckelord: *fysisk aktivitet, miljö, patientperspektiv, hälsa, specialistsjuksköterska*

## Abstract

**Introduction:** While the patient is hospitalized at internal medical care, there are difficulties in being able to be physically active, related to the current disease problem. There is a risk that patients suffer from injuries related to inactivity. Opportunities for the patient to be physically active based on own conditions despite obstacles, this is essential to illuminate from a patient perspective.

**Purpose:** To describe from a patient perspective, opportunities and obstacles to being physically active during the hospital stay at an internal medical care department

**Method:** The study has a qualitative inductive approach to illuminate patients' experiences. Data were collected using four focus groups, 14 patients participated and contributed their knowledge. The material collected was analyzed with qualitative content analysis.

**Results:** The analysis of patient experience resulted in four categories; necessary for the body, support during and after the care period, care environment and balance between activity and rest. The categories were made up of nine subcategories. The theme that came to that covered all categories consisted of, help to self-help to achieve health.

**Conclusions:** Knowledge about the importance of being physically active during the care period can increase the patient's independence, reduce the risk of healthcare-related injuries and reduce costs for society. Through the result, the interaction between the patient and the healthcare staff is reflected in the care relationship. The importance of support and involvement of healthcare professionals to achieve health. As prospective specialist nurses in internal medicine, the knowledge can contribute to working for and with patients on the basis of a patient-centered approach and supporting patients in recovering faster.

Key word: *physical activity, environment, patient perspective, health, specialist nurse*

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

## **Förord**

Tack till handledare Sofie Jakobsson för gott stöd och vägledning. Tack till deltagarna som har bidragit med sin kunskap, för att vilja delta till att förbättra vården. Även stort tack till samtliga på internmedicinsk avdelning på Kungälv sjukhus, som har gjort det möjligt för oss att genomföra studien där.

## **Begrepp och förklaring**

Enligt Caspersen, Powell, & Christenson (1985) är fysisk aktivitet, "motion" och att vara "fysiskt aktiv" olika termer som beskriver olika begrepp. Författarna föreslår definitioner för att skilja dem åt. Med fysisk aktivitet avses kroppsliga rörelser som produceras av skelettmuskulaturen och leder till energiförbrukning. Att vara fysisk aktiv innebar en sammansättning av rörelse som människan gör i dagliga livet, vilket kommer att vara fokus i denna studie.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Globalt och nationellt perspektiv på att vara fysiskt aktiv .....	1
Fysisk aktivitet.....	2
Att vara fysiskt aktiv under vårdtiden .....	3
Vårdskador under vårdtiden .....	6
Teoretisk utgångspunkt - Hälsa .....	7
Specialistsjuksköterskans roll i hälsofrämjande omvårdnad .....	8
Problemformulering .....	10
Syfte .....	10
Metod .....	10
Design.....	10
Urval .....	11
Dataanalys .....	12
Etiska överväganden.....	14
Resultat.....	14
Kroppens behov .....	15
Stöd under och efter vårdtiden.....	17
Vårdmiljön.....	18
Balans mellan aktivitet och vila.....	20
Diskussion .....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion .....	24
Kliniska implikationer .....	27
Fortsatt forskning.....	28
Referenser.....	29
Bilagor.....	34
Bilaga 1 .....	34
Bilaga 2.....	35
Bilaga 3.....	37



Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Bilaga 4..... 39  
Bilaga 5..... 40

## Inledning

Författarna till denna uppsats har under flera år arbetat inom akutvård på vårdavdelning. Observationer och erfarenhet av vårdskador som kan relateras till patientens passivitet och inaktivitet under sjukhusvistelsen har väckt intresset. Som studerande specialistsjuksköterskor inom medicinsk vård har de velat fördjupa sig i frågan, för att undersöka vilka tankar patienter har inom ämnet. Finns något som kan belysas, för att på sikt kunna hitta nya strategier som kan öka patientens aktivitet och minska vårdrelaterade skador då man är inlagd? Rörelse är viktigt för alla och att möjliggöra för patienter i vården att få vara fysiskt aktiva på vårdavdelningen utifrån sina egna möjligheter. Intresset för just rörelse trots fysiska hinder och utifrån patientens egna förutsättningar är av extra stort intresse. Men hur ser verkligheten ut? Sjuksköterskor på vårdavdelning vittnar om många vårdrelaterade skador. Många av dessa kan relateras till att patienter är inaktiva och passiva under vårdtiden. Hur kan specialistsjuksköterskan vara stödjande?

## Bakgrund

### **Globalt och nationellt perspektiv på att vara fysiskt aktiv**

Världshälsoorganisationen WHO är FN:s fackorgan för världs hälsofrågor. Sveriges regering har beslutat om ett nära samarbete med WHO. Sveriges riksdag antog en nationell folkhälsopolitisk, 2003 "Mål för folkhälsan" utifrån Regeringens proposition 2002/03:35. År 2008 presenterades en utveckling av de tidigare målen om folkhälsa utifrån regeringens proposition 2007/08:110. Den innefattas av ett övergripande mål för att skapa förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela Sveriges befolkning (Folkhälsomyndigheten, 2011). Patienter behöver insatser inom ramen av vetenskap, evidens och beprövad erfarenhet, eller som krav i lagar och föreskrifter (SFS, 2018:841). Enligt WHO (2008) är det ett globalt hälsoproblem att vara fysisk inaktiv. Folkhälsomyndigheten (2011) skriver i sin rapport att det är cirka 31 % av den vuxna befolkningen över 15 år otillräckligt aktiv. Av dessa var 28 % män och 34 % kvinnor. Enligt WHO (2010) kan var fjärde riskfaktor för dödlighet i världen relateras till inaktivitet. Till exempel relateras inaktivitet till ökad risk för diabetes, hjärtkärlsjukdom, tjocktarmscancer och bröstcancer (WHO, 2010). Rekommendationerna i

Sverige för fysisk aktivitet följer de som WHO föreskriver. Det innebär bland annat att alla vuxna människor rekommenderas att vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, då av måttlig intensitet (vid hög intensitet rekommenderas 75 minuter per vecka). Det är mycket viktigt att motverka långa perioder av stillasittande, eftersom stillasittande i sig är en stor riskfaktor för hälsan. Detta gäller även personer som i övrigt är fysiskt aktiva. Fysisk inaktivitet finns med bland de största riskfaktorerna i Sverige för förlorade friska levnadsår (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Ekblom- Bak, Ekblom, Andersson, Wallin, Söderling, Hemmingsson & Ekblom (2018) visade nyligen i sin studie att syreupptagningsförmågan hos den allmänna svenska befolkningen har försämrats mellan 1995–2017. I deras riksomfattande studie deltog 354 277 personer mellan 18–74 år, 44 % var kvinnor och 56% var män. Resultatet visade försämring av genomsnittliga kardiorespiratorisk kondition hos den vuxna svenska befolkningen, till exempel hade VO<sub>2</sub>max minskat med 6,7 %, mellan 1995–2017. Gruppen av män med kortare utbildning som bodde på landsbygden visade på sämre resultat och de med låg kardiorespiratorisk träning dubblerades nästan. Det finns enligt Ekblom- Bak et al. (2018) stort behov att förebygga och prioritera folkhälsoarbete, relaterat till kunskap om att det finns samband mellan kardiorespiratorisk träning, mortalitet och multipel morbiditet.

## **Fysisk aktivitet**

Enligt Voss et al. (2010) kan fysisk aktivitet påverka människan både fysiskt och psykiskt. Träning är en naturlig del av livet, för att människan ska må bra. Genom modern teknik, som magnetkamera, kan hjärnans verksamhet studeras när människan tränar. Aktiviteter leder till att information och tankar flyttar sig snabbare i hjärnan, vilket till exempel kan öka människors välbefinnande, förbättra balans, minne, kreativitet och stresstålighet. Å andra sidan har studier kunnat visa på att inaktivitet påverkar människan negativt. Trenden kan vända om hen börjar träna, vilket förbättrar vidare utveckling av ett fysiskt aktivt liv (Voss et al., 2010). Genom att vara regelbundet fysisk aktiv förbättrar människan sin hälsa, för att det bland annat ökar kroppens återhämtning. Forskning har visat att fysisk aktivitet ger förbättrad skelettmuskulaturen, immunsystemet och förbättrar stämningsläge, relaterad till

ökad syre och näringstillförsel. Fysisk aktivitet påverkar människor olika, på grund av genetiska skillnader och förutsättningar (Henriksson & Sundberg, 2016).

I en stor kvantitativ tvärsnittsstudie av Sari (2010), påvisades positiva hälsovinster och ekonomiska vinster genom att deltagarna var mer fysiskt aktiva. Studien innefattade 18 000 personer, 65 år och äldre som ökade sin fysiska aktivitet med 20 minuter om dagen. Inkluderande faktorer som individuella fritidsaktiviteter, hälsotillstånd, hälsoproblem samt hälso- och sjukvårds förhållanden, socioekonomiska och demografiska faktorer var medräknat. Dessa data visade förbättringar av deltagarnas kroniska sjukdomar och deras livskvalité. Studiens resultat fokuserade på minskat sjukvårdsbehov och därav av sjönk kostnaderna för sjukvård (Sari, 2010). Forskarna López-López, Torres-Sánchez, Romero-Fernández, Granados-Santiago, Rodríguez-Torres & Carmen Valenza (2018) visade att människor i behov av sjukhusvård och som var fysiskt aktiva i sin vardag, bättre klarade av försämringar i sin sjukdom än de som var inaktiva. De fysiskt aktiva patienterna hade mindre symtom i form av hosta och dyspné i den akuta situationen.

Enligt Wolf, Ekman & Dellenborg (2012) påverkar den internmedicinska vårdmiljön patienters möjlighet att vara fysisk aktiv när de är inneliggande. Forskarna ville ge en förståelse av den komplexa värld som vårdmiljön är, för att visa på hur det kan påverka patienter som är inneliggande. Olika yrkeskategorier samarbetar inom ett lite utrymme, för att stödja patienter i en ofta mycket svår situation. Till exempel kan strukturer, hierarkier, rutiner och fysiska miljö göra att patienter blir passiva, för att de väntar på nya prover, undersökningar eller behandling. Patienter är i en annan miljö än deras egna och väntar på viktiga beslut, för att få hjälp med deras framtid. Strukturen i vårdmiljön är delvis omedveten och behöver medvetandegöras, för att patienter ska kunna delta på ett mer aktivt sätt i sin vård. Inom vårdmiljön sker interaktion mellan olika specialkunskap och människor i krissituationer, situationer som behöver medvetandegöras och reflekteras över, för att kunna bli mer personcentrerad och aktiv (Wolf, Ekman & Dellenborg, 2012).

### **Att vara fysiskt aktiv under vårdtiden**

Scheerman, Raajmakers, Otten, Meskers & Maier, (2018) tar i sin översiktsartikel upp effekter av fysisk aktivitet under sjukhusvistelse. Flera sjukhus hade uppmärksammat och

förbättrat övningar för patienter som var i behov av vård, till exempel genom fysioterapi, rådgivning av läkare och stöd av vårdpersonal vid promenad och genomförande av fysisk aktivitet. Forskarna önskade även att undersöka hur aktiva patienter var under tiden de var på sjukhuset, samt se om aktivitet kunde motverka att patienter blir nedsatta när de var inneliggande. Patienterna som deltog i studien hade olika medicinska diagnoser. Den träning som patienterna fick prova på var till exempel träningscykel, hästridnings simulering, enklare program som var utarbetad av fysioterapeuter, styrketräning och balansträning. Medianvärde för tid för fysisk aktivitet i interventions grupper var 30 (15–231) minuter. De kom fram till att patienterna som orkade träna längre tid och göra flera repetitioner, förbättrade därmed sin kondition och hälsa under sjukhusvistelsen.

Enligt Becze (2017) har sedan den första artikeln om fysisk aktivitet för patienter som kom 1986, många studier bekräftat vinsten med fysisk aktivitet med fokus på sjukdoms- och behandlingsrelaterad trötthet, ångest, depression, sömnkvalitet, lymfödem, ben- och muskelstyrka. I denna tvärvetenskapliga studie utvecklades en fysisk aktivitet algoritm för att tillhandahålla säkra och effektiva patientcentrerade kliniska bedömningar och interventioner. Algoritmen guidade vårdpersonal, gav information och utbildning om vikten av motion för att hjälpa dem att bedöma risken för fysisk inaktivitet hos patienter med hjärt-, lung- eller njursjukdom. Få patienter uppfyllde de minimala riktlinjerna för folkhälsan gällande fysisk aktivitet då de var inneliggande, vilket ofta hänvisades till att smärtan och tröttheten hindrade dem från att delta i träningsprogram för allmänheten. Studien påvisade att patienterna efter påbörjad träning, övergick till en hälsosam livsstil fick ökad muskelmassa, fysisk styrka, och förbättrad kardiorespiratorisk uthållighet. Dessa faktorer tillsammans med stöd hjälpte till att förbättra den funktionella förmåga, energinivå, självkänsla och livskvalitet för patienten (Becze, 2017).

Studier om hälsofrämjande arbete för patienter på sjukhus är få, och det finns därför behov att beskriva situationen och identifiera faktorer som påverkar (Andreasen, Soendergaard & Noerreagaard Holst, 2018). I studien genomförde forskarna fokusgrupper med patienter med internmedicinska tillstånd och vårdpersonal, för att belysa deras uppfattning om hur det var att arbeta med en intervention med fokus på fysisk aktivitet. Patienter beskrev att de fått ny kunskap om vikten av att vara fysiskt aktiv. Vårdpersonal upplevde det lärorikt och effektivt att arbeta i team, men integreringen behövde bearbetas, för att det fattades tid för

genomförande av fysisk aktivitet. Patienter upplevde sig sedda och hörda, vilket gjorde att de ansträngde sig mer i sin vilja att träna. Forskarna kom fram till att patienter hade svårigheter med att genomföra sin initierade fysiska aktivitet när de skulle ta ansvaret själva (Andreasen, Soendergaard & Noerregaard Holst, 2018).

Mannerkorpi, Landin-Wilhelmsen, Larsson, Cider, Arodell & Bjersing (2017) visar i sin studie att måttlig intensitet av cykling i 15 minuter aktiverar S-IGF-1, ett hormon som genom träning mobiliseras från bland annat levern och skelettmuskulaturen. Studier har visat att en högre nivå av S-IGF-1 gör att just kvinnor med fibromyalgi kan aktivera metabolismen i sin skelettmuskulatur. Hormonet förknippas med bättre kondition och minskad trötthet för denna patientgrupp. Villumsen, Gronbech Jorgensen, Andreasen, Skovdal Rathleff & Møller Mølgaard (2015) gjorde en studie för att förbättra äldres fysiska aktivitet vid en akut geriatrisk avdelning. Patienterna rekommenderas att i högre grad promenera, vilket mättes av en accelerometerdata under tiden de var inlagda. Under den första delen av sjukhusvistelsen gick patienter fyra minuter om dagen och den sista delen 10 minuter om dagen, aktivitetsnivån ökade signifikant under vårdtiden. Meesters, Conijn, Vermeulen, & Vliet Vlieland (2016) undersökte patienters fysiska aktivitet under tiden de var inlagda. Studien visade att de var fysiskt aktiva i genomsnitt 35 % eller mindre under vårdtiden. De som var äldre än 60 år uttryckte ett behov av information om vikten av att vara fysiskt aktiv. Patienterna erfordrade upplysning och motivation för att vara fysiskt aktiva även efter att de hade varit inlagda (Meesters, Conijn, Vermeulen, & Vliet Vlieland, 2016). Även Peiris, Nicholas, Taylor & Shields (2011) visade i sin metaanalys effekten av extra fysioterapi för inlagda personer, som hade ett akut eller ett subakut medicinskt tillstånd. Genomsnittlig fick försöksgruppen 19 minuters extra fysioterapi om dagen. Interventionen individanpassades, till exempel tränade de styrkeövningar och gångträning. Studien visade att ytterligare fysioterapi ökade rörligheten och minskade sjukhusvistelsen.

Effekten av fysisk aktivitet, klarade studien till Scheerman, Raajimakers, Otten, Meskers & Maier (2018) inte att visa relaterat till otillräcklig implementering. De fann att kunskapen och nyttan av att vara aktiv var bristfällig hos både personal och patienter, intensitet och frekvens var ofta ofullständigt beskriven och det fanns brister i genomförandet. Mer forskning och förbättring av bristande dokumentationen är nödvändigt relaterat till att interventionen behövs, för att utveckla vården (Scheerman, Raajimakers, Otten, Meskers & Maier, 2018).

Brist på motivation både hos patienten och vårdpersonalen, vanor, utbildning och kunskap kan vara hinder till rörelse under vårdtiden. Patienterna förväntar sig att vårdpersonalen skall erbjuda livsstils råd, och anser även att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att hjälpa dem att vara mer fysiskt aktiva (Börjesson, 2013).

## **Vårdskador under vårdtiden**

Enligt Socialstyrelsen (2007), så är över 100 000 patienter drabbade årligen av olika vårdskador i sjukhusvården. En granskning gjordes 2007 av förekomsten av vårdskador inom somatisk slutenvård. Den gjordes på 1 967 journaler och 169 fall visade på vårdskador. Från mitten av 2015 har kurvan för vårdskador planat ut, av ännu okänd anledning. Den vanligaste typen av vårdskador är vårdrelaterade infektioner, i urinvägar, huden och lungor. När det gäller vårdrelaterade infektioner visade punkt mätningar på stora skillnader mellan landstingen från 2 till 11 procent. Kirurgiska skador, läkemedelsskador, undernäring, trycksår och fall visade tyvärr att det fanns få planerade åtgärder för att förebygga dessa vårdskador. Det krävs mer förebyggande arbete, bristande patientsäkerhet orsakar både stort mänskligt lidande och höga kostnader för samhället. En vårdskada medför i genomsnitt sex extra vård dygn. Tolv procent av alla kostnader för sjukhusvård i Sverige idag kan direkt kopplas till någon form av vårdskada. Målet enligt socialstyrelsen är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada (Socialstyrelsen, 2007). Fall inom slutenvården står för 5 procent av vårdskadorna inom hälso- och sjukvården enligt ett resultat från landstingens egna granskningar. Enligt en markörbaserad journalgranskning som gjordes januari 2013-juni 2016, var nedsatt balans och muskelstyrka den största risken för att drabbas av en fallskada. Genom att erbjuda hjälp till att vara fysisk aktiv minskar dessa risker. Professioner som arbetsterapeut eller sjukgymnast kan göra utprovning av lämpligt förflyttningshjälpmedel och erbjuda patienter handledda promenader och eventuellt rörelseprogram så att de inte inaktiveras (Skog, 2016). Patienter som inte äter relaterat till problem med sin munhälsa löper risk för ökad skörhet, till exempel kan det leda till fall. Hos personer som blir liggande relaterat till funktionsnedsättning finns det risk för trycksår (Trink, 2017).

I en artikel av Peate (2018) lyftes diskussionen om att sjuksköterskor var medvetna om de komplikationer som patienten kan ådra sig bara av ett par dagars liggande i en sjukhussäng. Genom ökat lärande om risker och att utifrån yrkesprofessioner som arbetar i hälso- och

sjukvården utföra vård på ett säkrare sätt kan utfallet av vårdskador och följdjukdomar minska. Att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet hade kunnat undvikas av hälso- och sjukvården om det vidtagits adekvata åtgärder (Peate, 2018). Det är viktigt att inom vården arbeta förebyggande (SFS, 2018:841). Stillasittande under en längre tid har visat sig vara livsfarligt oberoende riskfaktor. Detta belyser vikten av att undvika onödigt passivt sängliggande också på sjukhusen. Äldre människor har mindre funktionella och fysiska reserver och är därför särskild utsatta för att få vårdskador av att vara inaktiva när de är inneliggande (Scheerman, Raajimakers, Otten, Meskers & Maier, 2018). Andreasen, Noerregaard Soendergaard & Holst (2018), tog i sin artikel upp att medicinska patienter var särskild utsatta för att utveckla komplikationer i samband med sjukhusvistelse relaterat till bland annat inaktivitet och immobilitet.

## **Teoretisk utgångspunkt - Hälsa**

WHO (1948) definierar hälsa som ett tillstånd av välbefinnande både psykiskt, fysiskt och socialt, även fast personen känner sig svag och eller har olika sjukdomar. Sörensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska & Brand (2012) menar att kunskapen om vad hälsa består av ändrar sig över tid utefter att nya krav ställs i vårt samhälle. Att definiera, jämföra och reflektera över centrala begreppsförklaringar som hälsofrämjande omvårdnad är nödvändigt, för att utveckla kunskapen och öka kompetensen i specialistsjuksköterskans omvårdnad. Enligt Dahlberg & Segesten (2010) visade den samlade forskningen om begreppet hälsa att det är ett tillstånd då människor upplever sig att vara i inre balansen med sig själv och livet. Upplevelsen av vad och hur inre ro känns är olika för var och en, och den är föränderlig genom hela livet. Relaterat till den mångfacetterade upplevelsen av hälsa är det nödvändigt att ta reda på vad som är hälsa för den enskilde på ett fysisk, känslomässigt och existentiellt plan (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt WHO (1948) är definition att främja hälsa hos den enskilda individen och även i samhället i stort. ”The process of enabling people to increase over, and improve their health ”Att möjliggöra för människor att ta kontroll över de faktorer som påverkar deras hälsa” (WHO, 1948). Hälsopromotion kan beskrivas som en process som öppnar fler tänkbara sätt för att arbeta hälsopromotivt. Detta kan ske genom att arbeta på en individuell nivå och i samhället i stort och där skapa miljöer för att stödja hälsa och hälsosamma val och skapa förutsättningar för detta. Och genom detta erbjuda alternativ till rörelse för målgruppen alla människor dvs. oavsett om man är sjuk eller frisk eller om



man upplever hälsa eller ohälsa. Genom att implementera möjligheten till att vara fysiskt aktiv i personcentrerad vård riktar man sig till någon istället för att rikta sig till något. Något kan vara sjukdomen, men ligger inte i utgångspunkten (Folkhälsomyndigheten, 2011).

### **Passiv vårdmiljö**

Det råder idag enligt Peate (2018) på de flesta sjukhus ett onödigt användande av sjukhussängen. Omvårdnadspersonalen borde uppmuntra patienten att vara ur bädden mer och avledas från slentrianmässigt sängliggande. Likaså att patienter fortast möjligast kommer ur sjukhus "pyjamasen", ur sängen och in i sjukhusets dagkläder. Alternativt sina egna kläder för att på så sätt påskynda deras återhämtning och för att minimera de faror som är förknippade med förlängd sjukhusvistelse och immobilitet (Peate, 2018). Enligt Kristensson Ugglå (2013) är det vanligt att patienter känner underläge i samband med att man hamnar i vårdapparaten. Erfarenhet visar att patienter upplever sig omyndigförklarad och ej blir tagna på allvar. En känsla av att bli placerad längst ner i ett institutionellt underläge i en sjukvårdsorganisation. Likaså finns det ett existentiellt underläge relaterat till att vara patient och då med en sviktande hälsa, vilket i sig utgör en sårbarhet. Till detta befinner sig även patienten i ett kunskaps underläge, trots att patient äger en viss kompetens, så begränsas detta vid vårdsituationen där teknik, undersökningsmetoder och apparater används. Det är ett obestridligt faktum att den människa som hamnar i en vårdsituation, i längden kan behålla en objektiv distans till sin egna upplevda kropp som om att denna kropp var ett främmande objekt. Genom att införliva nödvändigheten att tala till och behandla patienten som en person, en egen individ med förmåga att fatta egna beslut. Den traditionella och dominerade hälso-och sjukvården har ofta gjort patienten passiv, som mottagare av information och behandling utifrån ett medicinskt perspektiv. Genom delaktighet och personcentrerad vård ges utgångspunkter för förmågan, viljan och behovet utifrån patienten själv (Kristensson Ugglå, 2013).

### **Specialistsjuksköterskans roll i hälsofrämjande omvårdnad**

Ett aktivt samarbete mellan vårdpersonal och patienten är nödvändigt, för att förbättra patientens hälsa. Enligt artikeln av Börjesson (2013), finns väl etablerade vetenskapliga bevis på de positiva hälsoeffekter som regelbunden fysisk aktivitet har. Likaså den effekten som

fysisk aktivitet har på klassiska riskfaktorer som sjukdom och förbättring av livskvaliteten. Trots detta är fysisk aktivitet fortfarande underutnyttjat som ett behandlingsverktyg inom hälso- och sjukvården, medan den förebyggande användningen av fysisk aktivitet är mer erkända. För att fysisk aktivitet skall få mer plats på sjukhusen krävs att hinder inom såväl administration, utbildning, och logistik behandlas. Likaså är motivationen hos vårdpersonalen som hos patienten viktigt för att kunna genomföra fysisk aktivitet under vårdtid. Och i hälso- och sjukvården tolkas livsstilsåtgärder vara andras problem såsom samhället i stort (Börjesson, 2013).

Det finns tydligt ett behov av nationella riktlinjer som ett redskap i hälsovårdssystemet, för att hjälpa implementeringen av fysisk aktivitet, även som en behandlingsmetod. Socialstyrelsens riktlinjer för "sjukdomsförebyggande" insatser är ett bra exempel på hur detta kan uppnås. Den publicerades 2011, där 30 000 fall granskades av ett stort antal svenska experter (Socialstyrelsen, 2011). Olika metoder användes för att öka fysisk aktivitet och påverka livsstilsfaktorer som kost, alkohol och nyttjande av tobak hos patienter i riskgrupper med sjukdomar som fetma, hypertoni, hyperlipidemi, diabetes och kranskärslsjukdom. Slutsatsen blev att hälsosjukvårdssystemet borde tillhandahålla en individuell uppföljning, för personer som inte är tillräckligt fysiskt aktiva. Genom att följa upp och se indikationer på olika sjukdomar, och den dåliga fysisk aktivitet hos patienten, skulle majoriteten av patienterna som söker sjukvård teoretiskt sett dra nytta av en ökad fysisk aktivitetsnivå. Att använda fysisk aktivitet som ett vanligt behandlingsverktyg inom vården, inte minst för hälsoekonomiska skäl. Sjukhus inställningen kan vara nyckeln till genomförandet av fysisk aktivitet som behandling i vården (Börjesson, 2013).

En hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård stödjer medborgarna att själva förebygga sina sjukdomar och att upprätthålla hälsa trots ohälsa. Färre och mindre allvarliga sjukdomar är dock inte endast en vinst för individerna utan även för samhället i stort. Med en hälsofrämjande hälso- och sjukvård kan bland annat sjukvården på sikt minska sina kostnader (HSL, SFS 2017:30). I vården ställs det höga krav på sjuksköterskor, att arbeta fram senaste och bästa kunskapen. Evidensbaserad forskning skall genomsyra information, administration, utbildning och praxis för att öka hälsa och kvalitet i samhället (Polit & Beck, 2017). Arbete som specialistsjuksköterska är en yrkesroll i ständig utveckling, som utifrån forskning kontinuerligt förbättrar vården (ICN, 2017). Människor blir idag äldre och har ett

annat rörelsesystem i vardagen, till exempel har arbetslivet ändrat sig ifrån att vara ett fysisk aktivt liv till att sitta still under stora delar av dagen. Människor lever längre och aktivitetsnivån var ofta bristfällig (Ekblom- Bak et al. (2018). Enligt ICN (2017) finns det som specialistsjuksköterska många utmaningar och möjligheter för att påverka utvecklingen av ökat fokus på fysisk aktivitet, till exempel visa på forskning, upplysa om nya träningsmetoder och vägleda den enskilde patienten (ICN, 2017).

## **Problemformulering**

Att vara fysisk aktiv ökar möjligheten till förbättrad hälsa och förebygger sjukdomstillstånd, forskning visar dock på att patienter rör sig för lite under sjukhusvistelsen. Det finns risk för att patienter som vårdas på en akut internmedicinsk avdelning kan uppleva sig i underläge, vilket i sin tur kan leda till passivitet. Reaktionen är å ena sidan förståelig, för att de ofta befinner sig i ett akut sjukdomstillstånd, men passiviteten kan vara för lång tid. Risk finns för utveckling av vårdskador och minskad fysisk funktion. Det finns kunskapsluckor i patientens egen upplevelse av aktivitet under vårdtiden på en internmedicinsk vårdavdelning. Kunskap behövs utifrån ett patientperspektiv för att belysa patientens egna funderingar, tankar och erfarenheter om möjligheter och hinder för fysisk aktivitet.

## **Syfte**

Beskriva utifrån ett patientperspektiv, möjligheter och hinder för att vara fysiskt aktiv under sjukhusvistelsen på en internmedicinsk vårdavdelning

## **Metod**

### **Design**

För studien valdes en kvalitativ induktiv ansats för att beskriva utifrån ett patientperspektiv, möjligheter och hinder för att vara fysiskt aktiv under sjukhusvistelsen på en internmedicinsk vårdavdelning. Kvalitativ forskningsdesign valdes relaterat till syfte att hitta patientens åsikt

om möjligheter och hinder för rörelse under vårdtiden, för att få en djupare insikt om problematiken och därmed kunna förbättra vården (Polit & Beck, 2017).

## **Urval**

Studien gjordes på en avdelning där det vårdas patienter med olika internmedicinska diagnoser, till exempel patienter med hjärtsvikt, hjärtinfarkt, lungemboli, ulcerös kolit och hematologi patienter. Inklusionskriterier var att vara inläggande på vårdavdelningen och vara över 18 år. Författarna strävade efter ett strategiskt urval och att det skulle vara lika många kvinnor/män, olika utbildning, funktionsnedsättningar och diagnoser.

Exklusionskriterier var att författarna inte hade vårdat deltagande patienter, sjukdomstillstånd som var till hinder för deltagande såsom akuta sjukdomstillstånd eller vård i livets slutskede, kognitiv svikt samt att inte kunde tala svenska. Totalt tillfrågades 33 patienter, 14 önskade delta, åtta kvinnor och sex män, mellan 52–82 år. Alla som deltog i studien hade varit inläggande längre än två dagar, och hade tidigare erfarenhet av att ha vårdats på vårdavdelning, förutom en som inte hade varit inläggande sedan hon födde barn. En av deltagarna arbetade ibland, medan de andra var pensionerade. Fyra kvinnor och tre män tackade nej relaterat till att de skulle gå hem på förmiddagen innan intervjun. Sex män och fem kvinnor önskade inte delta och en kvinna orkade inte relaterat till svårigheter med dyspné.

## **Datainsamling**

Genom fokusgruppsintervju samlades kunskap om patienters erfarenhet, tankar och åsikter. Enligt Wibeck (2010) kan forskarna genom intervjuer få möjlighet att studera interaktioner mellan patienterna och ämnet, för att få information om deras uppfattning. Fokusgrupp är en forskningsteknik som används i en fokuserad gruppintervju. Det innefattar en mindre grupp forskningspersoner som tilldelas ett givet ämne för att diskutera. Syftet är att få till en datainsamling till forskningsändamålet. Samtalen i fokusgrupper kan få karaktär av argumenterande samtal, då åsikter blir underlag för diskussionerna som i sin helhet ger en kontext. Detta i sig kan ge en spännande dynamik i diskussion och ger även möjlighet till upptäckande för forskaren. Oftast ger resultatet ett djup i kontexten men också möjlighet till tolkning (Wibeck, 2015). Metoden är särskilt användbar för att stimulera ett samspel bland

gruppdeltagare och genom detta erhålla så många synpunkter som möjligt till den aktuella forskningsfrågan (Dahlin Ivanoff & Holmgren, 2017).

Intervjuerna gjordes under veckorna 49, 2018 - v 4, 2019 på en medicinsk avdelning som hade 25 sängplatser. Det var totalt 119 patienter inneliggande under de fyra forskningsdagarna. Genom fyra fokusgrupper samlades material in till studien. Det var tre män i första fokusgruppen. Alla i gruppen var mycket fysisk aktiva i sin vardag. Vid andra fokusgrupp var det tre kvinnor och en man med. Där var aktivitetsnivån lägre. I den tredje fokusgruppen deltog en kvinna och två män. Vid fjärde fokusgrupp deltog fyra kvinnor, två var mycket aktiva i sin vardag, en var inaktiv relaterat till sjukdom och en önskade inte träna. Varje intervju varade 40–45 minuter. Miljön eftersträvades att vara avskild med bekväma stolar, för att skapa en hemlik känsla. Bordet var runt, för att skapa en jämlik atmosfär. Intervjuguiden som använts är fokusgruppmetod uppbyggd av fem delar/frågor, inledningsfråga, introduktion fråga, övergångs fråga, nyckelfrågor och avslutningsfråga (Dahlin Ivanoff & Holmgren, 2017, bilaga 4).

## **Dataanalys**

Författarna diskuterade direkt efter varje intervju, för att reflektera över det som kommit fram relaterat till syftet. Samtal om interaktion, atmosfär och rollerna som moderator och observatör fördes, för att samla enskilda och gemensamma uppfattningar enligt Wibeck, 2010; Dahlin Ivanoff & Holmgren (2017). Materialet transkriberades dagen efter intervjun, för att hålla minnet av situationen så levande som möjligt. Intervjuerna transkriberades gemensamt. Både författarna läste materialet ensamt och gemensamt fler gånger, för att få en förståelse av vad som deltagarna hade uttryckt. Författarna valde kvalitativ induktiv innehållsanalys, för att belysa deltagarnas upplevelse av syfte enligt Burnard (1996) bilaga 5. Metoden går genom 4 steg, för att försöka identifiera och förstå textens innebörd. Att inte fastna i detaljer utan vidare se fokusgruppsintervju materialet. Det gemensamma perspektivet bör belysas. Att samla in strukturer för den kollektiva förståelsen och professionellt representera andras tankar (Burnard, 1996), se bilaga 5. Ansatsen var induktiv, för att det fanns kunskapsluckor om patienters upplevelse av möjligheter och hinder för fysisk aktivitet på en internmedicinsk avdelning. Genom att läsa texten förutsättningslöst upprepade gånger,

tolkades och undersöktes materialet, för att söka det som var fördolt och latent i texten enligt Elo & Kyngäs (2008).

Tabell 1; exempel på analysen med meningsbärande enheter, kondensering, subkategori och Kategorier

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>kondensering</b>	<b>sub-kategori</b>	<b>kategori</b>
“att det kommer personal och erbjuder träning. Vid hemgång får ett träningsprogram med sig, sök till det närmaste tränings institutet och kom igång.”	Personal kommer och erbjuder träning, och plan vid hemgång	Få stöd och upp-muntran	Stöd under och efter vårdtiden
“efter förmåga kan man röra sig och anstränga sig lite, träning till blodcirkulationen, det är viktigt för att bevara sin styrka”	röra sig, det är viktigt för att bevara sin styrka”	Förebygga försämring och bibehålla styrka	Kroppens behov
“efter förmåga så man kan röra sig och anstränga sig lite va så man får igång blodcirkulationen”	anstränga sig lite, får igång blodcirkulationen	Aktivitet efter förmåga	Balans mellan aktivitet och vila

## **Etiska överväganden**

Forskning inom omvårdnad är nödvändigt, för att arbete fram den mest evidensbaserade vården (SFS, 2003:460). Vid forskning har samhället utvecklat lagar som ska följas, för att skydda den enskildes människovärde. Individens välbefinnande ska beaktas framför vetenskapliga behov. Forskning på magisternivå kräver ingen etisk ansökan, men arbetsprocessen kräver ett etiskt förhållningssätt och godkännande av en vägledande handledare (SFS, 2003: 460). I arbete med människor uppstår många etiska frågor, som är angeläget att reflektera över (Kjellström, 2014). Forskningsetikens essens har utvecklats, för att tillvarata människors integritet, lika värde och självbestämmande (Helsingforsdeklarationen, 1964). Den enskilda ska mötas med respekt, etiska övervägande och diskussioner som en naturlig del av arbetet, för att undvika att såra, skada eller utnyttja människor (Kjellström, 2014). När människor möts är det ofrånkomligt att förhålla sig till att det används makt och maktutövning. Medvetenhet om makt kan stödja den enskilda att fördela den, för att inte utöva maktmissbruk. Kunskap om personens motiv och argument är nödvändigt, och på det vis kan makten utjämnas (Cöster, 2014).

Tillstånd för studien fick författarna av verksamhetschefen för medicinkliniken vid Kungälv sjukhus. Arbetet följde Dataskyddsförordningen (2018), vilket innebar att inga obehöriga kunde ta del av arbete. Den ena författaren arbetar som sjuksköterska på avdelningen, vilket kunde vara en forskningsetisk konflikt. För att undvika etisk konflikt valdes patienter som hen inte hade vårdat. Vinsten av att verkställa studien på aktuell vårdavdelning ansåg författarna övervägde etiska nackdelar. Författaren som arbetar på avdelningen var under intervjun observatör, medan den andra författaren agerade som moderator och ställde frågorna. Patientansvarig sjuksköterska på avdelningen frågade patienter om deltagande, för att tillgodose frivillighet och anonymitet. Enligt Centrala Etikprövningsnämnden (2017), fick deltagarna muntlig och skriftlig information om studien och de gav ett muntligt svar på deltagande, se bilaga. Det var frivilligt att delta och de kunde när som helst avsluta utan att ge någon förklaring.

## **Resultat**

Analysen resulterade i fyra kategorier och nio subkategorier, som svarade på syfte att beskriva utifrån ett patientperspektiv, möjligheter och hinder för att vara fysiskt aktiv under

sjukhusvistelsen på en internmedicinsk vårdavdelning. Ett tema identifierades som omfattade samtliga kategorier; hjälp till självhjälp för att uppnå hälsa, se tabell 2. Deltagarna berättade om svårigheten att vara sjuk och i behov av hjälp från olika professioner för att kunna hantera sin vardag under och efter sjukhusvistelsen. De uttryckte att en insats utav sjukvården bidrar till att de åter kan klara sig själva och tar över ansvaret för att vara fysiskt aktiv. Studiens resultat tydliggör hur detta skulle kunna genomsyra samhället i stort.

Tabell 2; Beskrivning av kategorier och subkategorier

Tema: Hjälp till självhjälp för att uppnå hälsa	
Kategorier	Subkategorier
Kroppens behov	<ul style="list-style-type: none"><li>• en del av livet</li><li>• förebygga försämring och bibehålla styrka</li></ul>
Stöd under och efter vårdtiden	<ul style="list-style-type: none"><li>• egenansvar och enträgenhet</li><li>• vårdpersonal med engagemang som supportrar och uppmuntrar</li></ul>
Vårdmiljö	<ul style="list-style-type: none"><li>• personalbrist, platsbrist och tidsbrist</li><li>• fysiska träningsredskap i speciella rum</li><li>• lekfullhet</li></ul>
Balans mellan aktivitet och vila	<ul style="list-style-type: none"><li>• restriktioner under vårdtiden</li><li>• aktivitet efter förmåga</li></ul>

## **Kroppens behov**

Deltagarna beskrev vikten av att vara fysiskt aktiv som en nödvändighet för att kroppen ska må bra. Det beskrevs som en naturlig del av livet, för att klara av vardagen. Flera av



deltagarna ansåg att deras nuvarande sjukdomssituation kunde var ett hinder för att aktivera sig, men att de hade nytta av att de brukade träna i sin vardag. En av deltagarna uttryckte:

*“Det gäller att komma igång bara. Sen som vi gjorde nu precis, gick i korridoren bara. Det är bara å ta en sväng. Man blir lite piggare o så, gå ut en sväng till TV o sitter där, kanske ett par timmar o pratar med folk o så. Så åker man in igen o så. Så det fungerar bra tycker ja.” (2:4)*

### **En del av livet**

Några av deltagarna har erfarenhet av att vara aktiva, och vill förbli detta trots sjukhusvistelsen. En deltagare berättade om hur hen brukar spela boule tre gånger i veckan, en annan om sin linedance och trädgårdsarbete. De tränade, för att kunna fortsätta med aktiviteterna efter hemgång. De såg vinsten och möjligheten i att vara fysiskt aktiva trots begränsningar relaterade till sjukdomstillståndet.

*“Ta hissen eller trapporna och gå i korridorerna ner till sjukgymnasten en gång om dagen. Det gör det lättare att greja i trädgården när jag kommer hem.” (2:2)*

### **Förebygga försämring och bibehålla styrka**

Vikten och kunskapen av att vara fysiskt aktiv var väl förankrad i deltagarna, där prevention i form av rörelse var en nyckel och möjlighet för kroppen att må bättre och förhindra vårdskador både i hemmet och i vårdmiljön. De flesta deltagarna hade en önskan om att förbättra sin fysiska prestation och var medvetna om vikten av att träna regelbundet, för att bli starkare och uppnå hälsa. Sambandet mellan sjukdom och möjligheten till att vara fysisk aktiv var tydlig hos deltagarna. Utifrån den egna fysiska aktiviteten kunde de se tecken på försämring och förbättring av sin hälsa.

*“Att röra sig är fruktansvärt viktigt för proppbildningen och sådant så då kan man bli sjuk av det och liggande, det är ju inte normalt liggande här. Och man skulle ju kunna göra rörelser i sängen faktiskt.” (2:3)*

## **Stöd under och efter vårdtiden**

Vilja uttryckets av deltagarna om att finna kontinuitet i att vara fysiskt aktiv även efter vårdtiden med ett preventivt syfte till hälsa. Vardaglig träning beskrevs som en förutsättning för att deltagarna snabbt skulle kunna återhämta sig. Träningen behöver individanpassas både under vårdtiden och att de får med sig en plan hem, för att kunna klara sin vardag.

Deltagarna inspirerade varandra till att efter sjukhustiden börja träna och bli fysiskt aktiv.

*“Det kan göras mycket, det kan komma att få folk att bli utskrivna fortare. Dom kommer igång. Dom får ett träningsprogram med sig hem sök till det närmaste tränings institutet och kom igång. Med en lapp och vilka övningar. Vi kan spara mycket pengar om folk kommer igång tidigare.” (4:2)*

## **Egenansvar och enträgenhet**

Deltagare uttryckte viljan till delaktighet i sin vård till hälsa under sjukhusvistelsen, de önskade möjligheterna till stöd för att kunna ta egenansvar för sin fysiska aktivitet. Till exempel önskade de hjälp med att komma upp i sittande ställning, eller en hjälpande hand under en kort promenad i korridoren.

*“Man kan gå, eller, om man inte får man kan ta rullstolen o åka fram o tillbaka i korridoren. Du vet till exempel man tränar hela kroppen. Ja, det var ju inte bara att ligga där, man ska upp direkt.” (4:1)*

## **Vårdpersonal med engagemang som supportrar och uppmuntrar**

Deltagarna önskade vårdprofessioner som kunde engagera och uppmuntra patienter även när det var besvärligt att träna trots funktionsnedsättning. Personal som är välutbildad och prioriterar patientens välbefinnande. Att genom sin breda kunskap skapa möjligheter för patienten att få vara fysiskt aktiv då kanske genom en hjälpande hand vid gång, uppmuntran när det känns motigt eller smärtlindring när det gör ont och för att kunna klara av att vara fysiskt aktiv. Helhetsbedömning och stöd av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare inom ramen av vårdsektorn upplevde deltagarna som viktig. De såg olika möjligheter till

funktions förbättringar. Utökad delaktighet i vården av team, närstående, frivilliga och kanske medpatienter skulle kunna finnas som ett stöd i vården.

*“Men, det måste vara nån som sätter igång en, va. En sjuksköterska, eller undersköterska det spelar ingen roll, va. Som har initiativet va, för då, Ja med vänliga ord, då känner man sig trygg. Jag menar att dom har varit änglar allihopa på avdelningen, jag fattar inte hur dom orkar!” (3:2)*

## **Vårdmiljön**

Deltagarna önskade en uppmuntrande, trivsamt och inbjudande vårdmiljö som skall vara kravlös på prestation oavsett. En vårdmiljö med en harmoni och trygghet för den enskilde som bjuder till aktivitet av olika slag. Deltagarna menar på att det finns mycket som behöver utvecklas för att nå detta mål. I dag finns det fler hinder, till exempel finns det patientsängar och hjälpmedel i korridoren. Detta innebär svårigheter att ta sig fram. Detta förpassar patienten till sin säng på rummet och upplevdes som ett hinder. Vikten av allmänna utrymmen för patienter, personal och besökare lyftes vid flera tillfällen. Deltagarna tog upp att utrymmena på avdelningarna var olika relaterat till belägenhet, där flera avdelningar hade färre vårdplatser.

*“Man kan inte ha 3 stycken liggande i dagrummet! det är mysigt att gå och sätta sig i dagrummet att kunna äta och prata med nån. Nu kan man inte ens gå dit ner för det är liksom avstängt. Det är ju så. Ne men faen det står ju vagnar ju i korridoren i dag. Det isolerar ju en del också, man stannar på rummet, kan inte ens gå dit.” (2:1)*

## **Personalbrist, tidsbrist och platsbrist**

Under många år har svensk sjukvård brottats med personalbrist och med neddragningar av vårdplatser. Deltagarna hade alla erfarenhet av denna problematik och hade stött på detta under sjukhusvistelser på flera olika sjukhus. Deltagarna såg att personal på den internmedicinska vårdavdelningen ofta hade mycket som de ska klara av under sitt arbetspass, relaterat till att många patienter är akut sjuka och behöver insatser. De såg också att vårdpersonal hela tiden gjorde prioriteringar och det fanns ibland svårigheter för dem att hinna med vardaglig träning för patienterna. Deltagarna upplevde tidsbrist som ett hinder, för

att vårdpersonal skulle kunna vara delaktig i deras träning. Även dagrummet som ofta beläggs med patienter vid platsbrist upplevdes som ett hinder. Förtvivlan över att inte ha någonstans att gå under vårdtiden, då de flesta utrymmen är belagda med patientsängar som blir tillfälliga vårdplatser vid platsbrist. På samma gång upplevde de flesta att vårdpersonal försökte skapa stunder till fysisk aktivitet.

*“Jag tycker dom är fantastiska, personalen är så duktiga, och det är inte alltid dom har tid, så man ser att dom har fullt upp med annat. Vi hade ju den där fysioterapeuten uppe hos oss. Och det tyckte jag hjälpte mej mycket att hon kom. Ja Att de kunna offra 10 minuter 2 personer att gå i korridoren med en fram och tillbaka till exempel. Ja om man inte får gå själv. Det är bara ett exempel. Så, man får känna på det.” (3:1)*

### **Fysiska träningsredskap i speciella rum**

Deltagarna uttryckte önskan om enklare redskap tillsammans med program, för att underlätta och skapa möjligheter för träning och snabbare återhämtning. Förslagen var många och kreativa, hänsyn togs till den enskildes sjukdomsproblematik och för vad materialet skulle kosta. Deltagarna önskade ett aktivitets rum som kan nyttjas av fler avdelningar för mänsklig social gemenskap och att träffa andra patienter, kunna dela och stödja varandra patienter emellan. Möjligheten att kunna njuta av musik, nyttja enkla redskap och under sin vårdtid erbjudas möjlighet för välmående rörelse och vara en del av ett sammanhang.

*“Jag skulle vilja ha ett allrum med aktiviteter, där kunde man träffas och prata. Det kunde vara lite olika aktiviteter där. Och musik kanske, Ja en ledig stund i arbetsterapi rummet alltså. Där är ju alla redskapen. Att bara ta sig hit är ju en promenad. Och där har man ju alla de där instruktionerna och vem som helst kan ju leda schema.” (3:3)*

Deltagarna kom med många förslag till lösningar och möjligheter. En annan deltagare uttryckte:

*“Kan de inte ha en motionscykel? En del gillar motionsband, det är inte sånt som tar så stor plats. Det skulle finnas såna små saker som inte kostar så mycket, för mycket är ju pengar, det förstår ju var och en.” (1:1)*

## **Lekfullhet**

Deltagarna tog upp behovet av att finna lekfullhet, dans och musik under vårdtiden, för att skapa en lustfull möjlighet och känsla under sjukdoms vistelse som skulle kunna bidra till välbefinnande. Situationen kan för många vara allvarlig och svår att hantera, flera uttryckte önskan om ett program med aktiviteter som skulle kunna hjälpa till att skyndsamt återhämta sig.

*“Det spelar nog ingen roll om du är 1 eller 2 nätter, det beror på hur sjuk du är. Men om du är rörlig så ut i dagrummet med dig till exempel, under ledning av någon. Lite go musik till. Linedance skulle du kunna köra där? Det kunde funnits en liten trubadur. Spela lite grann. För mig behöver det inte vara så mycket, det räcker med lite rörelser, gärna till musik.”*  
(4:3)

En deltagare bidrog med en intressant upplevelse av ett vårdtillfälle ifrån ett annat sjukhus

*“Ja lite i alla fall. o ja säger som du säger det där med rullstolen dom kör ju mycket i gångarna på Sahlgrenska. O där har dom tävlingar, rullstolsrally!”* (1:4)

## **Balans mellan aktivitet och vila**

Kunskap fanns hos deltagarna om vikten av att vara fysiskt aktiv och att det är nödvändigt för hälsan, men i det akuta sjukdomstillståndet saknas energin till detta. Deltagarna upplevde en känsla av kraftlöshet och behov att vila var stort. Situation var påtagligt vid till exempel en infektion.

*“Jag fick ju, ja, som idag, jag åkt in med en kraftig lunginflammation ja hade en sänka på 165 i söndags morse va. Och ja va helt utslagen, va. Ja, så, men när jag blir så här sjuk ja, man tappar allt. Det finns inte i kroppen, man kan inte hämta det, alltså. ”* (2:4)

En annan deltagare uttryckte sin förtvivlan över hindret att gradvis försämrans i sin sjukdom.

*“Så att den här energin ska ge mig, för det här är verkligen inte roligt. Å när ni kom, så tänkte jag, jag vet inte vad jag tänkte, det var inte roligt. Och det är inte roligt, att vara sjuk,*

*men man är i så olika skeden i sin sjukdom liksom, på nåt sett. Så jag vet inte riktigt hur jag ska tänka nu.” (4:4)*

### **Restriktioner under vårdtiden**

En osäkerhet fanns hos deltagarna, för att kroppen var sjuk. Information och kunskap till den enskilde är nödvändig, för att de ska kunna vara aktiva. Ett hinder kunde till exempel vara att patienten inte fick gå upp själv, behandlades med antibiotika eller var uppkopplad med telemetri. Tydlig diagnos, behandling och förhållningssätt till sjukdomen vägleder till aktivitet som kan vara möjlig att utföra. Enligt deltagarna var det nödvändigt att övningarna individanpassas, för att de skulle kunna vara fysisk aktiva på avdelningen. Aktivitet efter förmåga där sängen kan vara en tillgång. Detta för att var och en ska kunna klara övningarna, när orken var nedsatt. Till exempel beskrevs hur deltagarna tillsammans med fysioterapeut kommit fram till vilken träningen som fungerade för tillfället. De flesta deltagarna hade erfarenhet av att vara inneliggande vid flera tillfällen och hade lärt strategier för att klara olika svårigheter. Till exempel upplevde deltagarna att det fanns många möjligheter till aktiviteter som kunde göras med små insatser och träningsprogram för händer, fötter, bröstkorg och ben fast man var sängliggande.

*“Det finns vikter man kan träna, bollar man kan klämma, träna upp bröstkorgen, du behöver inte gå upp ur sängen. Det behöver man inte göra, o det finns många såna övningar. Med lätta instrument som man kan göra. Även om man inte får gå upp ur sängen måste man ta hänsyn till läkaren säger å sin medicinska status. Det finns ju bollar som man kan lägga vid benen. Ja, hur mycket som helst, enkla medel. En skivstång 5 kg upp o ner. Det finns stora bollar, vet du som man kan lägga under benen under knäveckan o upp med rumpan i vädret. Då tränar man jättemycket.” (1:2)*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Författarna såg att det låg en styrka i studien att belysa ur ett patientperspektiv genom metoden fokusgruppsintervju. Det gav en naturlig maktförskjutning från forskarna till

deltagarna, som erhåll större kontroll över innehållet i intervjun, vilket skapar spännande dynamik. Författarna fick under vissa tillfällen åter inleda intervjun till syftet och nyckelfrågorna (Wibeck, 2010). Författarna upplevde att fokusgruppmetoden var lämplig då bekräftelsen och dynamiken i gruppdiskussionen gav information och kunskap till syftet. Begränsning var att den enskilde deltagaren hade mindre tid att berätta på djupet om sin specifika situation. Under abstraktion och tolkningsprocessen av analysen kunde författarna skönja ett tema och kategorier som gav vägledning till en beskrivning av teorin, ett fenomen. Temat är enligt Polit & Beck (2017) en enhet som ger mening och identitet till en nuvarande upplevelse och fångar den naturliga basen i studien till en meningsfull helhet. Fokusgrupp kan enligt Polit & Beck (2017) vara ett bra sätt att studera hälsoproblem, relaterade till den diskussions dynamik som kan uppstå när fler människor samtalar tillsammans. Intervjuernas makt minskar, för att den som intervjuas inte är ensam.

Författarna var grundutbildade sjuksköterskor och gjorde studien under sin specialistutbildning inom internmedicin. Författarna arbetade inom slutenvården på en strokeavdelning och en medicinavdelning. En svaghet med studien var att författarna inte hade någon tidigare erfarenhet av att intervjuas i fokusgrupp. För att kunna genomföra studien lästes och diskuterades metoden flertal gånger. Datamaterial hade insamlats och noggrant undersökts förutsättningslöst, för att hitta sammanhängande mönster av idéer, yttranden och mönster enligt syfte med kvalitativ analysmetod (Burnard, 1996). Författarna ansträngde sig med att läsa intervjuerna ensamt och gemensamt omväxlande, för att senare diskutera med varandra vilket stärker tillförlitligheten till analysförfarandet. Olika åsikter uttrycktes, diskuterades och konsensus arbetades fram (Burnard, 1995), för att kunna få fler diskussioner och olika åsikter tog författarna stöd av handledaren. Materialet är blivit tolkat enligt (Elo & Kyngäs, 2007) och det latent innehåll som växte fram var patientens önskan om att få vara självständig och uppbära makten över sitt liv och sin hälsa. Pålitlighet var svår att styrka i en kvalitativ innehållsanalys, för att författarna inte hade erfarenhet av metoden och tolkningen var en utmaning. Författarna har läst materialet var för sig och gemensamt genom hela processens gång. Tabeller är med i arbetet för att på ett begripligt och intressant sätt visa hur de har bearbetat och gått tillväga för att stärka pålitligheten.

Författarna var överraskade över hur aktiva flertalet av deltagarna var, då de hade erfarenhet av patienter som var inaktiva under vårdtiden. Möjligtvis kunde detta relateras till urvalet, då de som deltog i studien var med av fri vilja eller hade ett stort intresse av att vara fysiskt aktiva i sina liv. Resultatet hade då möjligen visat något annat om deltagarna inte hade haft det intresset. Deltagarna hade olika internmedicinska problem, men uttryckte samstämmigt hindren som framkommit i resultatet. På samma gång var flertalet optimistiska om möjligheter till att finna lösningar på både miljö och övningar, för att bli stärkt i sin strävan efter hjälp till självhjälp i sina liv. Deltagarnas individuella kroppsspråk och känslouttryck speglade det de sa under intervjun (Elo & Kyngäs, 2007).

Moderator styrde följderna av frågor medan en observatör registrerade till exempel ansiktes uttryck och kroppsspråk. Frågorna var semistrukturerade med tid och möjlighet för deltagarna att uttrycka sina tankar (Polit & Beck, 2017). Trovärdigheten stärktes genom att bland annat hitta täckande kategorier och beskriva resultatet noggrant, för att läsarna skulle kunna följa processen. Studien behövde vara noggrant beskriven så det skulle kunna gå att applicera den i en annan kontext, om studien skall kunna vara överförbar (Polit & Beck, 2017). Författarna eftersträvade att beskriva tillvägagångssättet grundligt och anser därför att studien går att överföra till annan vårdavdelning. Enligt (Burnard (1996) är innehållsanalys en metod för just gruppanalys. Eftersom det enbart två författare som arbetade med materialet finns det en risk att fler åsikter inte blev belysta och att diskussionens dynamik inte kom med.

Att bedriva forskning i verksamhet sågs som nödvändigt för att erhålla den kontext som så ofta saknas i litteraturstudier mellan teori och praktik och detta gav en trovärdighet till studien. Genom en förskjutning av inflytandet under intervjuerna erhöll deltagarna möjlighet att framhäva patientperspektivet och överskugga författarnas förförståelse. Svårigheten fanns i att generalisera en patientgrupps perspektiv. Detta inger begränsningar men genom att induktivt belysa behovet som föreligger, finns möjlighet för vidare studier att försöka täcka större delar av dessa kunskapsluckor (Elo & Kyngäs, 2007). Flera av deltagarna och personal på avdelningen där studien genomfördes upplevde det intressant och stimulerande med forskning i vårdmiljön, för att det gavs möjlighet att uttrycka sin åsikt och på det vis kunna vara med och bidra till vården.



## Resultatdiskussion

Studiens resultat var att synliggöra patientens vilja och engagemang för att delta och utveckla vården vad gäller fysisk aktivitet. Deras önskan att vara självständiga och ta ett egenansvar för sin hälsa framkom tydligt i intervjuerna. Under tiden behövde de punktinsatser av information och stöd av vårdpersonalen för att återhämta sin hälsa. Studien belyser deltagarnas idéer och tankar kring problematiken att klara av sina sjukdomars utmaningar. Huvudfyndet i studien var att varje enskild patient kan medverka till sin egen vård och hälsa och implementera möjligheten att vara fysiskt aktiv under vårdtiden. Också belyses vårdpersonalens roll i att möjliggöra för patienten att kunna vara fysiskt aktiv under sin sjukhusvistelse, genom att informera och möjliggöra för detta utifrån forskning och den beprövade erfarenheten. I en studie av Yost et al (2016) belyses sjuksköterskans uppgift att kunna transformera forskning och kunskap till en kontext i vårdmiljön. Genom att förtydliga, uppmuntra och stödja skall sjuksköterskan kunna erbjuda en kvalitativ vård till patienten i ett kliniskt sammanhang. Enligt Börjesson (2013), så kan sjukhusens inställning till fysisk aktivitet vara nyckeln till implementeringen av fysisk aktivitet som behandlingsalternativ i sjukvårdssystemet. Deltagarna tog vid flera tillfällen upp behovet av något lekfullt och lustfyllt under vårdtiden, för att underlätta den svåra situation de befann sig i och för att de snabbare kunna hitta återhämtning och hjälp till självhjälp. Carper (1978) tar redan på 70-talet upp behovet av att sjuksköterskan har med kreativiteten i sitt arbete, för att kunna möta olika människor på ett individuellt och konstnärligt sätt. Ford, Tesch, Dawborn & Courtney-Pratt (2018) visar i sin artikel att till exempel musik, sång och målning kan förbättra återhämtning för äldre patienter i akuta situationer, och därmed vara en hjälp till självhjälp. Personal med konstutbildning skulle kunna integrera i vårdteamet vilket skulle kunna understödja och utveckla den personcentrerade vården (Ford, Tesch, Dawborn & Courtney-Pratt, 2018). Det skulle kunna öka patientens möjlighet att vara mera fysiskt aktiv när de är inneliggande på en vårdavdelning med hjälp till självhjälp, vilket skulle kunna förkorta vårdtiden.

Med ett personcentrerat förhållningssätt och en inbjudande möjlighet för patienten att få vara delaktig som expert på sin kropp och upplevelse av den, ökar möjligheten till

delaktighet och självbestämmande (Ekman, Norberg & Svedberg, 2013). Genom personcentrerad vård, kunna göra prioriteringar och fatta beslut för att uppnå hälsa och välbefinnande för den enskilde individen. (Dudas, Kaczynski & Olsson, 2013). Budskapet i personcentrering innebär dels eget ansvar för patienten att ta vara på de egna resurserna och skapa förutsättningar till att de tillvaratas. Men också att professionen och vården erbjuder möjligheter för att patienten skall kunna vara detta. I studien framkom just vikten av delaktighet i denna vårdprocess. I levda livet som består av olika förutsättningar, är hjälp till självhjälp det som kan bidra till förbättrade utgångspunkter för alla patienters hälsa. Folkhälsomyndigheten (2011) tar upp vikten av att stödja den enskilda och skapa förutsättningar för fysisk aktivitet även fast människan är sjuk eller funktionsnedsatt, för att hen ska känna hälsa. Enligt Dalberg & Segersten (2013) är det nödvändigt att vårda hälsan i det dagliga livet och på det viset konkretisera vårdvetenskapens hälsofokus. Att på så sätt ge patienten möjlighet att vara delaktig och ta ansvar för sin hälsa.

Vikten av att finna balans mellan att vara fysiskt aktiv och vila är en del av det stöd som deltagarna gav uttryck för att de behövde. Genom att eftersträva ett arbetssätt som gör det möjligt och väga in egna erfarenheter av sin hälsosituation med en medicinsk förklaring, kunna finna strukturer för en god relation och ett samarbete, alltså en levd hälsa av patienten och en medicinsk vetenskap av vårdpersonalen (Fors, 2013). Enligt Börjesson (2013) kommer fysisk aktivitet att få en större roll inom sjukvården i framtiden, och många olika aktörer kommer att behövas för att genomföra detta. Nyckeln till detta kan vara att införa mer regelbunden träning i sjukhusmiljön. Enligt SFS (2018:841) är vårdens företrädare experter i sin yrkesroll och patienten är oftast expert på sin egen kropp och dess begränsningar. Det är därför viktigt att patienten erbjuds möjlighet till delaktighet i sin fortsatta vård och behandling på sjukhuset. Detta kan enbart genomföras med stöd och information av vårdpersonalen. Genom personcentrerade förutsättningar bör vårdhandlingar bedrivas utifrån etiska grunder och med en strävan för en personlig hälsoplan (SFS, 2018:841).

Deltagarna var väl medvetna om att sjukhusmiljön skall innehålla så mycket mer än bara patienter, vårdpersonal, närstående, hjälpmedel och att ytorna innebär begränsningar, men ville ändå se möjligheter till att skapa förutsättningar med små medel. Den åldrande befolkningen kommer att ställa höga krav i synnerhet på framtidens sjukvård. Det krävs en

meningsfull och kreativ diskussion samt ny forskning kring egenansvaret om att vara fysisk aktiv och den egna hälsan utifrån ett patientperspektiv. Att vara en del av livet på sjukhus, att skapa lärdom utifrån patientens och hens upplevelse av det egna ansvaret.

Deltagarna i denna studie uttryckte medvetenhet och kunskap i relationen till just effekten av att vara fysisk aktiv, och besatt kunskapen om att regelbunden rörelse är nödvändigt för kroppen, själen och hälsan. Deltagarna gav också uttryck för en medvetenhet om riskerna med att vara för stilla. Vårdskador relaterat till patientens passivitet på vårdavdelning kan innebära stora risker, vilket även SFS (2018;841) påvisar. Svårigheten att implementera just möjlighet till att naturlig vara fysisk aktiv på vårdavdelning åskådliggörs genom deltagarnas berättelser. En problematik som Scheerman, Raajimakers, Otten, Meskers, & Maier (2018) belyser i sin artikel och som behöver utvecklas. Resultatet tydliggör viljan att delta för att skapa förutsättningar och idéer och för att öka den fysiska aktiviteten på vårdavdelningen. Att möjliggöra exempelvis ett trivsamt och välkomnande samlingsrum för fysisk aktivitet och mänskliga möten var viktigt enligt deltagarna. Viljan att känna trygghet och tillit för framtidens vård. Viss uppgivenhet kunde anas hos deltagarna om hur dagens verklighet ser ut med personalbrist och vårdavdelningar med överbeläggningar på sjukhusen. Det fanns hopp om att kunna få vara en del av och att bidra med bättre förutsättningar och för att få mer än punktinsatser av vården i framtiden. Deltagarna gav förslag på just stöd för att komma igång med sina rörelser på vårdavdelningen för att få möjligheter till att kunna vara mer fysiskt aktiv. Enligt deltagarna fanns skillnader mellan vårdavdelningar på sjukhuset gällande att vara fysiskt aktiv. Exempelvis hade en deltagare vid vistelse på IVA fått hjälp att komma igång med fysisk aktivitet av professioner som fysioterapeut, undersköterskor, sjuksköterskor, där det var en del av vården att främja patientens egen möjlighet till fysisk aktivitet.

Becze (2017) menar att trots sina många fördelar och evidensbaserat underlag är träningsrecept fortfarande inte en standard för vård av patienter. Deltagarna pekade på flera olika faktorer i miljön såsom utrymme och rörelsemöjlighet som behöver förbättras för att möjliggöra ökad fysisk aktivitet. Likheten kan riktas mot en artikel av Bourdin et al. (2010) som visade att långvarig immobilisering kan skada patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning. Patienter som var nedsövda i mer än 1 vecka påvisade 40 % förlust av muskelstyrka och behöver tillhandahålla aktiv mobilisering för att skall komma ur

sjukhussängen. Resultatet visade på att en tidig mobilisering av patienter kan komma att positivt upprätthålla patientens muskelstyrka, förbättra andning prestandan och över sikt förhindrade negativa förändringar i hjärt-lungkapaciteten och den totala sjukhusvistelsen förkortades. Dessa resultat vittnar om att en tidig insats av denna typ av rehabilitering, kan komma att motverka risker och förlängd sjukhusvistelse och ge goda kostnadseffektiva skillnader för vården i stort (Bourdin et al., 2010). Enligt Wolf, Ekman och Dellenborg (2012) främjar strukturen på en vårdavdelning en positivistisk biomedicinsk sanning, medan den personcentrerade tänkande behöver utvecklas, för att patienter ska kunna känna sig deltagande och därmed kunna bli mer fysiskt aktiv under vårdtiden Wolf, Ekman och Dellenborg (2012).

## **Slutsatser**

Studien ger en ökad kunskap om att beskriva utifrån ett patientperspektiv, möjligheter och hinder för att vara fysiskt aktiv under sjukhusvistelsen på en internmedicinsk vårdavdelning. Som blivande specialistsjuksköterskor inom internmedicin är det nödvändigt att bidra med ett personcentrerat arbetssätt, se möjligheter och stötta patienten trots hinder till att vara fysiskt aktiva under vårdtiden. Vikten av att ta vara på patienters kunskaper och idéer för att utveckla vården är nödvändig och en utmaning. Patienter är olika individer med olika behov vilket behöver belysas, för att tillsammans arbeta fram omvårdnad som passar den enskilda. Att skapa en vårdmiljö där det finns utrymme för rörelse och engagemang där patienter ges möjlighet till egenansvar, öppnar för snabbare återhämtning. Önskan att få hjälp till självhjälp är målet som patienterna strävar efter, för att uppnå hälsa.

## **Kliniska implikationer**

Studien kan vara ett diskussionsunderlag och ligga till grund för förbättringsarbete i framtiden där specialistsjuksköterskan inom internmedicin kan utvecklas. Det råder en oklar bild över patientens delaktighet i vården. Denna studie kan bidra till att utveckla framtidens vårdavdelning där omväxlande fysiska aktiviteter ger patienter nya strategier för att snabbare

återhämta sig under vårdtiden. Insikten om patienters aktivitet och kreativitet kan öppna för en mer personcentrerad vård i ett multiprofessionellt samarbete.

## **Fortsatt forskning**

Denna fokusgruppstudie belyser fjorton patienters upplevelse av möjligheter och hinder av att vara fysiskt aktiv på en vårdavdelning. Vidare studier med enskilda intervjun hade varit intressant att göra, för att få en fördjupad kunskap om möjligheter och hinder. Studier med andra aktivitetsformer med konstnärliga övningar som till exempel musik och målning, för att snabbare återhämta sig skulle kunna utveckla vårdens kreativitet. Även en fokusgrupp med olika yrkeskategorier som till exempel undersköterskor, fysioterapeuter, läkare och sjuksköterskor skulle kunna bidra till ny syn på hur möjligheten till att vara fysiskt aktiv implementeras på en internmedicinsk vårdavdelning. Detta skulle även kunna minska vårdens kostnader och öka patientens livskvalité och hälsa.

## Referenser

- Andreasen, J., Soendergaard, L., & Holst, M. (2018). Factors affecting patient and nursing staff adherence to an integrated physical activity and nutritional intervention targeting functional decline on an acute medical ward: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, *12*, 1425-1435.
- Becze, E. (2017). How to Incorporate Exercise Into Patient Care. *ONS Voice*, *32*(1), 18–19. Hämtad 2019-01-08 från <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=120544317&site=ehost-live>
- Bourdin, G., Barbier, J., Burle, J-F., Durante, G., Passant, S., Vincent, B., Guerin, C. (2010). The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: A prospective observational one-center study. (Original Research). *Respiratory Care*, *55*(4), 400-407.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: An experiential approach. *Nurse Education Today*, *16*(4), 278-281.
- Börjesson, M. (2013). Promotion of Physical Activity in the Hospital Setting: Förderung körperlicher Aktivität im Krankenhaus. *Deutsche Zeitschrift Für Sportmedizin*, *64*(6), 162–165. DOI: 10.5960/dzsm.2012.069 (Den engelska versionen).
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, *1*(1), 13-24.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports (1974-)*, *100*(2), 126-131. Retrieved from <http://www.jstor.org.ezproxy.ub.gu.se/stable/20056429>
- Centrala etikprövningsnämnden. (2017). *Forskningsperson*. Hämtad 2019-01-10 från <https://etikprovning.se/for-forskningsperson/>
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: Vård, social omsorg och skola* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis* (1. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlin Ivanoff, S., & Holmgren, K. (2017). *Fokusgrupper* (Upplaga 1 ed., Greppbar metod).
- Dataskyddsförordningen-GDPR. (2018). *Kapitel 1-Allmänna bestämmelser*. Hämtad 2019-01-01 från <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/dataskyddsförordningen---fulltext/#K1>

Dudas, K, Kaczynski, J & Olsson, L. E. (2013). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.172–199). Stockholm: Liber.

Ekblom- Bak, E., Ekblom, Ö., Andersson, G., Wallin, P., Söderling, J., Hemmingsson & Ekblom, B. (2018). Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995 and 2017. *Scand J Med Sci Sports*, 1–8, <https://doi.org/10.1111/sms.13328>

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2013). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvården. I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.69–80). Stockholm: Liber.

Elo, S & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Folkhälsomyndigheten. (2011). *Hinder i folkhälsoarbetet och vägar förbi*. Hämtad 19-01-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d93c05e357a433095df554249e29505/r2011-17-hinder-i-folkhalsarbetet-kunskapsunderlag-for-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Fysisk aktivitet och matvanor*. Hämtad 2019-01-04 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/>.

Ford, K., Tesch, L., Dawborn, J., & Courtney- Pratt, H. (2018). Art, music, story: The evaluation of a person- centred arts in health programme in an acute care older persons' unit. *International Journal of Older People Nursing*, 13(2), N/a.

Fors, A. (2013). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.22–62). Stockholm: Liber.

Helsingforsdeklarationen. (1964). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2019-01-08 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henriksson, J & Sundberg, C. J. (2016). *Biologiska effekter av fysisk aktivitet*. Hämtad 2019-01-20 från [http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Biologiska\\_effekter\\_av\\_FA\\_FINAL\\_2016-12.pdf](http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Biologiska_effekter_av_FA_FINAL_2016-12.pdf)

ICN. (2017). *Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-01-05 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

- Kjellström, S. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s 70–92) (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2013). Person Filosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.22–62). Stockholm: Liber.
- López-López, L., Torres-Sánchez, I., Romero-Fernández, R., Granados-Santiago, M., Rodríguez-Torres, J & Carmen Valenza, M. (2018). Impact of Previous Physical Activity Levels on Symptomatology, Functionality, and Strength during an Acute Exacerbation in COPD Patients. *Healthcare*, 6(139), 1–7, doi:10.3390/healthcare6040139
- Mannerkorpi, K., Landin-Wilhelmsen, K., Larsson, A., Cider, A., Arodell, O., & Bjersing, J. (2017). Acute effects of physical exercise on the serum insulin-like growth factor system in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 37.
- Meesters, J., Conijn, D., Vermeulen, H. M & Vliet Vlieland, TPM. (2016). Physical activity during hospitalization: Activities and preferences of adults versus older adults. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE*  
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1460429>
- Peate, I. (2018). Putting an end to pyjama paralysis: the benefits. *British Journal of Nursing*, 27(9), 471. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/bjon.2018.27.9.471>
- Peiris, C. L., Nicholas, B. P., Taylor, F & Shields, N. (2011). Extra Physical Therapy Reduces Patient Length of Stay and Improves Functional Outcomes and Quality of Life in People With Acute or Subacute Conditions: A Systematic Review. *American Congress of Rehabilitation Medicine*, 92, (1490–1500). doi:10.1016/j.apmr.2011.04.005
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth ed.).
- Sari, N., PhD. (2010). A short walk a day shortens the hospital stay: Physical activity and the demand for hospital services for older adults. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 385-9. Hämtad 2018-01-03 från <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/840386803?accountid=11162>
- Scheerman, K., Raaijmakers, K., Otten, R. H. J., Meskers, C. G. M & Maier, A. B. (2018). Effect of physical interventions on physical performance and physical activity in older patients during hospitalization: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 18(1), 1–13. doi: 10.1186/s12877-018-0965-2.
- SFS 2003:460. *om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2019-01-04 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)



SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2019-01-08 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2018:841. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 19-01-04 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Skog, M. (2016). *Fallprevention*. Vårdhandboken. Hämtad 2019-01-31 från <https://www.varhandboken.se/vard-och-behandling/basal-och-preventiv-omvardnad/fallprevention/oversikt/>

Socialstyrelsen. (2007). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad 2019-01-31 [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916\\_rev2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf)

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 2019-03-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/psidata/nationellariklinjerforsjukdom>

Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 25(12) 80 doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Trinks, A. (2017). *Vårdprevention*. Hämtad 2019-01-20 från <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43926>

Villumsen, M., Gronbech Jorgensen, M., Andreasen, J., Skovdal Rathleff, M., & Møller Mølgaard, C. (2015). Very Low Levels of Physical Activity in Older Patients During Hospitalization at an Acute Geriatric Ward: A Prospective Cohort Study. *Journal of Aging & Physical Activity*, 23(4), 542–549. Hämtad 2019-01-10 från <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=110536676&site=ehost-live>

Voss, M et al. (2010). Plasticity of brain network in a randomized intervention trial of exercise training in older adults. *Frontiers in aging neuroscience*, 2 (32), 1-17. Doi: 10.3389/fnagi.2010.00032.

WHO. (1948). *Constitution of WHO: principles*. Hämtad 2019-01-20 från <https://www.who.int/about/mission/en>

WHO. (2008). *Physical Inactivity: A Global Public Health Problem* Hämtad 2019-01-20 från [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/en](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en)

WHO. (2010). *Global recommendations of physical activity for health*. Hämtad 2019-01-20 från [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf;jsessionid=B49C8398F634822181DE240683CC6031?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=B49C8398F634822181DE240683CC6031?sequence=1)

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper: *Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2., uppdaterade och utök. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Wolf, A., Ekman, I & Dellenborg, L. (2012). Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12 (184), 1–12.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-184>

Yost J., Thompson, D., Ganann, R., Aloweni, F., Newman, K., McKibbon, A., ... Ciliska, D. (2014). Knowledge Translation Strategies for Enhancing Nurses' Evidence-Informed Decision Making: A Scoping Review. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 156-167. <http://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/wvn.12043>

# Bilagor

## Bilaga 1

### Projektplan

#### Ansvariga

Vi, Susanne Wilson och Kari Marie Reehorst studerar till specialistsjuksköterskor i medicinsk vård på Göteborgs universitet. Vi skriver nu vår magisteruppsats och önskar att göra en studie om hinder och möjligheter för patienter att vara fysiskt aktiva under vårdtiden. Vår handledare är universitetslektor Sofie Jakobsson.

#### Bakgrund

Som sjuksköterskor på vårdavdelningar har vi uppmärksammat att många vårdrelaterade skador kan relateras till att patienter är inaktiva under vårdtiden. Vi önskar att studera vårdmiljön, för att få mer kunskap om den. Studien kommer äga rum på avd. 8, då det vårdas patienter med olika internmedicinska sjukdomstillstånd där.

#### Syfte

Utifrån ett patientperspektiv önskar vi undersöka hur patienter ser på möjligheten till ökad fysisk aktivitet under vårdtiden. Frågor kommer ställas till inneliggande patienter på vårdavdelning 8 på Kungälv's sjukhus, de kommer erbjudas att delta i en fokusgrupp. Dessa grupper kommer att innehålla mellan 3–5 patienter för att få underlag för en diskussion, totalt kommer ca 12 patienter tillfrågas om att delta i en fokusgrupp. Planen är att dessa intervjuer skall ske i december 2018.

#### Urval och tillvägagångssätt

Patienter kommer att tillfrågas i samband med att de vårdas på avdelningen. Personer kommer att väljas ut i samråd med ansvariga sjuksköterskor på avdelning 8. Patienterna kommer erhålla information om studien. De kommer informeras om att det är frivilligt att delta i studien och kan avsluta sitt deltagande när som helst. Kari Marie, en av de ansvariga för studien arbetar på avdelning 8 och för att undvika forskningsetisk konflikt kommer patienter att väljas som hon inte har vårdat. Vinsten av att genomföra studien på avdelning 8 relaterat till deras patientgrupp överväger etiska nackdelar. Resultatet av denna studie kommer att redovisas i form av en uppsats, och det kommer inte att finnas behov av att granska patientjournaler.

Underskrift:

Datum .....

Ann Törnell.....

Underskrift:

Datum.....

Kari Marie Reehorst.....

Susanne Wilson.....

## Bilaga 2



### Forskningspersonsinformation

Genom denna information vill vi fråga dig om du skulle kunna tänka dig att delta i en intervjustudie. Vi som genomför denna studie är sjuksköterskor. Vi går en specialistutbildning inom medicinsk vård och skriver nu vår magisteruppsats.

#### Bakgrund och syfte

Vi har uppmärksammat att många patienter blir sängliggande och inaktiva när man är inlagd på vårdavdelning. Detta kan leda till att man som patient drabbas av bland annat sår, blodpropp och förstoppning. Vi vill genom denna studie undersöka möjligheter att som patient kunna vara mer fysisk aktiv då man är inlagd på sjukhus.

#### Förfrågan om deltagande

Vi undrar om du vill delta i ett gruppsamtal tillsammans med några få andra patienter som vårdas samtidigt som du på avdelningen. Vi frågar dig, för att du har vårdats på avd.8 och din erfarenhet är värdefull för oss. Din patientansvariga sjuksköterska har tillfrågat dig om att delta i denna studie.

#### Hur går studien till?

Vi kommer att mötas i en lokal som ligger på Kungälv's sjukhus. Vi kommer att mötas vid ett tillfälle och vara ca 4 personer som diskuterar möjligheter och hinder för att vara mer fysisk aktiv när man är inlagd. Vi som är ansvariga deltar i och leder samtalet som utformas som en öppen diskussion. Det som diskuteras kommer att spelas in, för att användas som material för uppsatsen. Vi kommer att träffas här på sjukhuset under vårdtiden. Detta kommer att ske en gång under ca 45 minuter. Vi kommer bjuda på fika medan vi diskuterar.

#### Vilka är riskerna?

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Att vara inlagd på vårdavdelning kan vara en påfrestning. Det finns en risk att diskussioner kan väcka känslor och göra dig ledsen, men vinsten att delta i ett samtal om hur vi tillsammans kan förbättra vården, hoppas vi kan överväga dessa eventuella känslor.

### **Finns det några fördelar?**

Ditt deltagande kan bidra till ny kunskap om möjligheter och hinder för att vara fysisk aktivitet på vårdavdelning. Studiens syfte är att förbättra vården.

### **Hantering av data och sekretess**

Studien följer EU:s dataskydd, inga obehöriga kan ta del av det som framkommer under intervjuerna.

Resultatet av studien kommer presenteras i form av en uppsats. Materialet som presenteras i uppsatsen kommer inte att kunna härledas till dig som person. Det som sägs under intervjun kommer inte att sparas efter att uppsatsen är klar. Ditt deltagande kommer inte att påverka din fortsatta vård.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om allt går som planerat beräknas vår uppsats vara klar våren 2019. Om ni önskar en kopia av uppsatsen, så meddela oss nu eller ring oss senare.

### **Ersättning och försäkring**

Det kommer inte finnas möjlighet till någon form av ersättning för deltagande. Alla patienter omfattas av patientskadeförsäkringen när man vårdas på sjukhus.

### **Frivillighet**

Att delta i denna studie är frivillig. Du ger ett muntlig medgivande till deltagande och du kan när som helst avsluta ditt deltagande.

### **Ansvariga för studien**

**Sjuksköterska Kari Marie Reehorst avd. 8 Tel: 0702-936683 och sjuksköterska Susanne Wilson avd.6, Tel 0705-785402, vår handledare är Sofie Jakobsson, sofie.jakobsson@fhs.gu.se**

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

## Bilaga 3

### **Institutionen för vårdvetenskap och hälsa**

Proprefekt Carina Sparud Lundin *Besöksadress:* Arvid Wallgrens Backe 1 *Postadress:* Box 457, 405 30  
Göteborg *Telefon:* +46 31 786 6389

*E-post:* carina.s-lundin@fhs.gu.se

### Studenters examensarbete på avancerad nivå

#### **INFORMATION OM EXAMENSARBETEN 2016-10-19**

Berörda verksamhetschefer

1 / 2

## **SAHLGRENSKA AKADEMIN**



Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell magister- eller masterexamen i huvudområdet omvårdnad, radiografi och vårdpedagogik.

Examensarbetet kan utgöras antingen av en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde, eller som en tänkt projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett pågående forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor.

I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten enligt ovan omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte heller tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänts av handledare för examensarbetet.

[www.caresci.gu.se](http://www.caresci.gu.se)

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall därför inhämta tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande för att kunna genomföra sin planerade studie. De skall också lämna en godkänd FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar Carina Sparud Lundin

## Bilaga 4

### Fokusgruppsintervju

Del 1, intervjun började med en god fika, för att skapa en bryta isen situation och bli känt med varandra och interagera. Deltagarna fick information om ämnet och syfte. Moderatoren har en positiv attityd och är uppmuntrande, för att skapa en tillåtande stämning. Observatorn deltar genom stödjande kommentarer och observerar kroppsspråk. Enkla regler för ordning går igenom, till exempel att tala en i taget och ha sina mobiler stängda (Wibeck, 2010; Dahlin Ivanoff & Holmgren, 2017). Deltagarna berättar hur länge de har varit ineliggande.

I del 2 presenteras introduktionsfrågan, då deltagarna fick berätta om egen erfarenhet av fysisk aktivitet. De berättade om hur mycket de brukar röra sig i vardagen och reflekterar över rörelse i allmänhet.

Del 3 kallas övergångsfråga, då deltagarna gav förslag på egna erfarenhet på ett djupare sätt om rörelse. Moderator och observatör ställde följdfrågor, för att fördjupa frågan om aktivitet, till exempel kan du berätta mer, skulle du kunna förklara?

I del 4 kommer så kallad nyckelfrågorna, och 5 nyckelfrågor ställdes relaterat till att få svar på syfte att beskriva möjlighet och hinder för att vara fysiskt aktiv under sjukhusvistelse på en internmedicinsk vårdavdelning. Deltagarna fick diskutera kring frågorna;

1. Vad är era funderingar att vara fysiskt aktiv när man är inlagd?
2. Hur skulle sjukhuset kunna bli en mer fysisk aktiv plats?
3. Vad skulle ni själva kunna göra för att vara mer i rörelse under vårdtiden?
4. Hur skulle vi som vårdpersonal kunna stödja er till ökad rörelse under vårdtiden?
5. Efter att nu fått information om vår studie, vilka funderingar öppnas upp kring ökad fysisk aktivitet efter detta?

I del 5 kom avslutningsfrågan, först sammanfattade moderatoren det viktigaste som deltagarna hade talat om relaterat till syfte och nyckelfrågorna, observatören deltar med summeringen. Moderatoren frågar deltagarna om hen har uppfattat rätt, om det är något som bör nedtonas eller framhävas? Moderatoren och observatören frågade deltagarna om de har ytterligare funderingar kring studiens syfte, eller om det är något som forskarna har missat. Extra tid ska vara planerad in relaterat till om något oväntat kommer upp och att deltagarna inte ska känna sig stressade (Wibeck, 2010; Dahlin Ivanoff & Holmgren, 2017).



## Bilaga 5

### DATAANALYSMETOD

#### Tema och betydelse (Burnard, 1996).

När separation mellan intervjumaterial och transkribering sker kan det ges upphov till omfattande metodologiska problem som bör behandlas. När materialet av en intervju transkriberats, så har inte transkriptet så mycket med intervjun att göra längre. Att läsa transkriberade data innebär det direkt en tolkning. Tolkningen kan göras på ytan, vilket betyder att förstå de använda orden, alternativt på en djupare nivå. Forskaren måste då göra mening av data, detta ger forskaren ett ansvar för själva dokumentet. Alla forskare är skyldig att göra är att identifiera alla svar på frågorna (Burnard,1996).

#### Steg

1

Texten läses igenom och en öppen kodning utförs, ensamma ord och fraser sammanfattar dataöverföringen.

#### Steg

2

Reduktion av orden och fraserna, skapa en lista över rubriker som står för all data i transkriberingen. Alla upprepningar tas bort. Max 12 rubriker bör användas.

#### Steg

3

Varje kategori tilldelas en färg dessa färgade kategorier klipps ut och läggs i färggrupper och klistras med fördel på ett A4-papper. På så sätt är analysen komplett grupperad och innehåller allt material i analysens transkribering.

#### Steg

4

Efter det att denna analys har ägt rum är forskarens uppgift att svara på syftet och förklaring till de grupper som har uppstått. Det är på detta stadium som teorin kanske eller inte syns utifrån den analyserade texten.

Efter denna process arbetar gruppmedlemmarna enskilt för att därefter träffas och diskutera runt den öppna kodningen och komma fram till vilka ord och fraser som bevitnas i analysen. Slutliga målet är att komma fram till analysens kategorier. När denna analys av data är färdigställd, kvarstår samtycke om kategorier mellan forskarna och slutligen frågan om validiteten av analysen existerar (Burnard,1996).

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

Kari Marie Reehorst  
Susanne Wilson

