

Teletræning i eget hjem for mennesker med følger efter sygdom eller ulykke

Evaluering af et online træningstilbud til mennesker med følger efter sygdom eller ulykke initieret under COVID-19-nedlukningen i Danmark i foråret 2020

Hjælp til liv, krop og sjæl

ULYKKEPATIENT
FORENINGEN

Specialister i børnelammelse

POLIOFORENINGEN

SPECIALHOSPITALET
for Polio- og Ulykkespatienter

Med støtte fra

TrygFonden

© UlykkesPatientForeningen, PolioForeningen og forfatterne, 2021.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildehenvisning.

Forfattere:

Sophie Lykkegaard Ravn, psykolog, ph.d., adjunkt og forskningsleder
Anders Aaby, psykolog, ph.d.-stipendiat

UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen
Fjeldhammervej 8
2610 Rødovre

www.ulykkespatient.dk

Version 1, marts 2021 (kun udgivet som e-publikation)

Der blev givet støtte af TrygFonden til projektet.

ISBN: 978-87-972571-0-4

Korrekt reference: Ravn, S. L., Aaby, A. (2021). Teletræning i eget hjem for mennesker med følger efter ulykke og sygdom. UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen: Rødovre, Danmark. ISBN: 978-87-972571-0-4.

Indholdsfortegnelse

1. Forord	side 4
2. Kort baggrund og formål	side 5
3. Metode	side 8
3.1. Projektforløb og -design	side 8
3.2. Beskrivelse af træningstilbud	side 8
3.3. Målgruppe	side 9
3.4. Rekruttering og markedsføring	side 9
3.5. Dataindsamling	side 9
3.5.1. Data fra anvendte medier	side 10
3.5.2. Data fra deltagere	side 10
3.5.3. Data fra personale	side 10
3.6. Dataanalyser	side 11
3.6.1. Data fra anvendte medier	side 11
3.6.2. Data fra deltagere	side 11
3.6.3. Data fra personale	side 12
3.7. Håndtering af personoplysninger	side 12
4. Resultater	side 13
4.1. Deskriptive data fra anvendte medier	side 13
4.2. Deltagernes oplevelser og erfaringer	side 14
4.2.1. Spørgeskemadata	side 14
4.2.1.1. Udvalgte opgørelser	side 14
4.2.1.2. Statistiske analyser	side 20
4.2.1.3. Fritekstbesvarelser	side 20
4.2.2. Interviewdata	side 22
4.2.3. Facebook-kommentarer	side 25
4.3. Personalets oplevelser og erfaringer	side 25
5. Opsamling og fremtidige perspektiver	side 29
5.1. Opsamling	side 29
5.2. Begrænsninger ved evalueringen	side 32
5.3. Fremtidige perspektiver	side 33
6. Referencer	side 34

1. Forord

I begyndelsen af 2020 ramte COVID-19-pandemien Danmark, og i marts 2020 valgte den danske regering at lukke store dele af det danske samfund. UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen, som er to danske patientforeninger, nærede i denne forbindelse bekymring for deres medlemmer og målgrupper. De ansøgte derfor TrygFondens akutpulje om midler til et online træningstilbud til deres medlemmer og andre mennesker, der lever med følger efter sygdom eller ulykke. Denne særlige pulje var målrettet organisationer og foreninger, der hjalp mennesker med særlige behov i den daværende situation med corona-smitte i det danske samfund. Ansøgningen byggede på en frygt for, at samfundets nedlukning kunne have potentielt store konsekvenser - både fysisk, psykisk og socialt - for mennesker med følger efter sygdom og ulykke, som fra den ene dag til den anden ikke længere havde adgang til deres normale vedligeholdende - og for nogen specialiserede - træning.

Denne rapport præsenterer evalueringen af dette projekt - "Teletræning i eget hjem til mennesker med følger efter sygdom og ulykke". Projektet er gennemført af UlykkesPatientForeningen sammen med PolioForeningen og deres specialhospital, Specialhospitalet for Polio- og Ulykkespatienter.

Rapporten beror på en række forskellige datakilder af primært deskriptiv og kvalitativ karakter. Rapporten bidrager med vigtige oplevelser og erfaringer fra både deltagere og ansatte og søger at danne et erfaringsgrundlag, som kan tjene som inspiration for andre.

Projektet blev designet, fundraiset og igangsat i løbet af ganske kort tid. Dette krævede en stor indsats fra alle involverede og bør have in mente i gennemlæsningen af rapporten.

Vi vil gerne på vegne af den resterende bestyrelse og ledelse takke de implicerede parter. Først og fremmest vil vi gerne takke TrygFonden for deres støtte, som sikrede projektets gennemførelse. Dernæst vil vi gerne takke alle, der benyttede sig af træningen og deltog i evalueringsarbejdet. Ydermere vil vi gerne takke vores samarbejdspartnere, der tog sig tid til at markedsføre projektet via deres kanaler. Slutteligt vil vi gerne takke personalet, der påtog sig den akutte opgave at udvikle, fundraise, gennemføre og evaluere projektet, og som gjorde et fantastisk stykke arbejde!

Janus Tarp, formand for UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen
Philip Rendtorff, direktør for UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen

2. Kort baggrund og formål

Fysisk aktivitet og træning anses i dag for at være et vigtigt led i rehabiliteringsindsatsen for personer, der lever med følger efter sygdom eller ulykke. Dog kan mennesker i disse målgrupper samtidig også høre til risikogruppen af ”personer i øget risiko”, som de danske sundhedsmyndigheder opfordrer til udvidet beskyttelse af under COVID-19-pandemien. Dette kan betyde, at disse grupper af mennesker kan have dårligere mulighed for at opretholde deres aktivitetsniveau og træning under nedlukninger af det danske samfund. Selvom der til vores vidende endnu ikke findes nogle danske tal, er det eksempelvis i England fundet, at reduceret fysisk aktivitet under nedlukning bl.a. var associeret med eksisterende funktionsbegrænsninger (1). Denne manglende adgang til vedligeholdende og tilpasset træning og den reducerede fysiske aktivitet kan risikere at få negativ betydning for både funktionsniveau og livskvalitet og samtidig skabe en risiko for at udvikle nye følgeproblematikker. Sådanne mulige negative effekter af samfundsnedlukningerne for mennesker med forskellige kroniske sygdomme eller funktionsbegrænsninger er allerede et tema på den internationale forskningsscene (f.eks. 1-4). Der er således risiko for, at længerevarende nedlukning af samfundet kan få store helbredsmæssige konsekvenser for de nævnte målgrupper og medføre funktionstab – eksempelvis svækket muskelstyrke og evnen til at gennemføre hverdagsaktiviteter. Ydermere kan nedlukningen potentielt også have store omkostninger for deres mentale helbred, da træningen for nogle er deres ugentlige faste aktivitet og en central del af deres sociale liv. Derfor kan følelsen af isolation og ensomhed ramme denne gruppe særligt hårdt.

Patientforeningerne bag aktuelle projekt – UlykkesPatientForeningen og PolioForeningen – søger at støtte mennesker, der lever med vedvarende følger efter sygdom og ulykke som eksempelvis personer med rygmarskade, multitraumer, post-polio og piskesmæld. Internationale studier har vist positive fysiske såvel som psykologiske effekter af fysisk aktivitet og træning hos personer i disse målgrupper – eksempelvis hos mennesker med rygmarskade (5-6), post-polio (7) og piskesmæld (8). De nyeste guidelines for personer med rygmarskade, post-polio og piskesmæld anbefaler kontinuerlig og specialiseret styrke- og konditionstræning, hvor der samtidig er fokus på restitution (9-11). Samlet viser de internationale studier og guidelines således behovet for *specialiseret* træning til vores målgrupper. COVID-19-pandemien og nedlukningen af samfundet udgjorde dog en reel barriere for, at personer med følger efter sygdom eller ulykke kunne få opfyldt dette behov. Nyere teknologier og særligt udbredelsen af internettet giver dog nye muligheder i denne kontekst. Her har tidligere studier vist, at internetbaserede træningsprogrammer kan øge den fysiske aktivitet hos en række patientgrupper samt i den generelle befolkning (12), ligesom telebaserede initiativer også allerede før COVID-19 var begyndt at dukke op inden for vores målgruppe (f.eks. 13). Et målrettet og specialiseret træningsprogram udbudt via internettet – også kaldet teletræning – ville dermed

give os som patientforeninger og specialhospital muligheden for at støtte vores medlemmer og patienter i at få opfyldt deres behov for fysisk aktivitet og specialiseret træning i deres eget hjem under samfundsnedlukningerne som følge af COVID-19.

Formålet med aktuelle projekt var således at forsøge at afbøde en del af de sundhedsmæssige - både fysiske, sociale og psykiske - konsekvenser af COVID-19-pandemien og den nedlukning, det danske samfund gennemgik i foråret 2020. Ved at omlægge træningen til teletræning i eget hjem i form af livesessioner med en fagperson og udarbejdelse af træningsvideoer til hjemmebrug, søgte projektet at sikre, at målgrupperne kunne være fysisk aktive, vedligeholde deres (specialiserede) træning og opretholde social kontakt, imens de sædvanlige træningsmuligheder var lukket ned.

Konkret opstillede vi på forhånd følgende mål:

Aktivitetsmål

- Afholdelse af 100 livesessioner med en fagperson som træner
- Udarbejdelse af 10 træningsvideoer á 30 minutters varighed med specifikke øvelser udført af en fagperson

Resultater på kort sigt

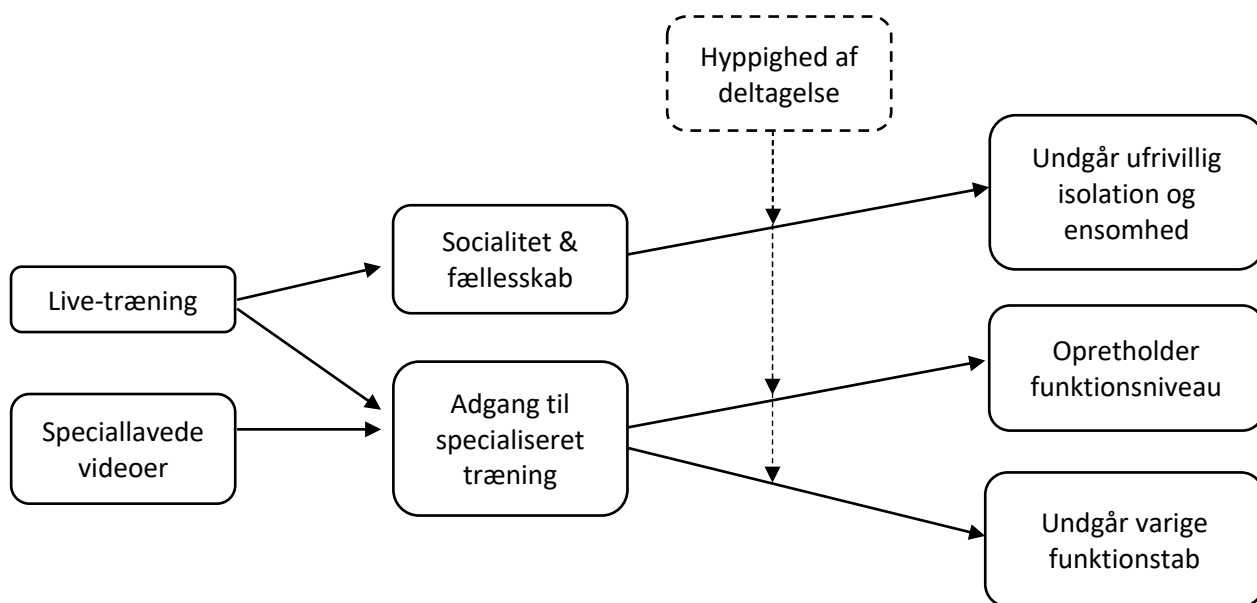
- Der har deltaget i gennemsnit 8 deltagere pr. session, i alt 800 unikke træningssessioner
- Der er min. 1.500 mennesker, der har set træningsvideoerne

Resultater på langt sigt

- Mennesker med følger efter kronisk sygdom eller ulykke opretholder funktionsniveau
- Mennesker med følger efter kronisk sygdom eller ulykke undgår varige funktionstab
- Mennesker med følger efter kronisk sygdom eller ulykke undgår isolation og ensomhed

Baseret på disse konkrete mål har der løbende været refleksioner omkring, hvordan projektet kunne opnå de satte mål og skabe de tilhørende ønskede forandringer for målgrupperne. For at konkretisere dette arbejdede vi med en række hypoteser, som repræsenterede vores antagelser om årsagsvirkningskæder i projektet og har været udgangspunktet og rammen for virkningsevalueringen. Mens både live-træningen og de speciallavede træningsvideoer ville give målgruppen adgang til specialiseret træning, forventede vi, at live-træningen yderligere ville skabe socialitet og fællesskab hos brugerne. Derudover forventede vi, at adgangen til den specialiserede teletræning ville bidrage til, at vores målgruppe kunne opretholde deres funktionsniveau samt undgå varige funktionstab. Da intentionen var, at live-træningen ville skabe socialitet og fællesskab i en COVID-19-tid, så forventede vi, at live-sessionerne kunne bidrage til, at målgruppen undgik ufrivillig isolation og ensomhed. Alle ovenstående processer, forventede vi, ville blive modereret af

træningshyppighed, så resultatet eller effekten ville være større hos personer, der deltog ofte i teletræningen. Nedenfor er hypoteserne præsenteret grafisk.



Figur 1. Grafisk illustration af hypoteserne, som repræsenterede vores antagelser om årsagsvirkningskæder i projektet. Live-træningen ville skabe socialitet og fællesskab samt adgang til specialiseret træning, mens de speciallavede videoer alene ville give adgang til specialiseret træning. Socialitet og fællesskab ville bidrage til at mindske eller undgå ufrivillig isolation og ensomhed, mens adgang til specialiseret træning ville hjælpe målgruppen med at opretholde funktionsniveau og undgå varige funktionstab. Vi forventede, at alle processerne ville blive modereret af hyppighed af deltagelse.

3. Metode

3.1. Projektforløb og -design

Aktuelle projekt var et udviklingsprojekt. Projektet bestod af to forskellige former for træningsindsatser (for detaljer, se nedenfor), som i denne rapport kaldes del 1 og del 2. Det samlede projekt forløb fra d. 27. april 2020 til og med d. 8. juli 2020. I alt var 100 livesessioner planlagt til at forløbe over de 10 projektuger med én træning kl. 10 og én træning kl. 13 alle hverdage. En af disse ugentlige træningssessioner udgjordes af mindfulness, hvor der i alt blev produceret 8 sessioner. Dette udgjorde til sammen del 1. Herudover blev 10 speciallavede træningsvideoer lavet til del 2. I alt blev følgende produceret:

- Del 1: 90 livesessioner (som efterfølgende er gjort tilgængelige på både Facebook og vores hjemmesider med enkelte undtagelser) og 8 mindfulness-optagelser (man skulle kontakte os gennem vores hjemmesider)
- Del 2: 10 speciallavede træningsvideoer (tilgængelige på vores hjemmesider)

3.2. Beskrivelse af træningstilbud

Projektet udviklede og afprøvede to - for os - nye metoder til teletræning for mennesker med varige funktionsnedsættelser: **Livetræning (del 1)**, som efterfølgende blev tilgængelige til asynkront brug, og speciallavede og gennemarbejdede **træningsvideoer (del 2)**.

Livetræningen (del 1) blev udviklet og gennemført af fem fysioterapeuter med særlig viden omkring træning af målgrupperne og relaterede funktionsnedsættelser. I alt var der ni typer af træning, der fast blev gennemført hver uge i 45 minutter pr. session. Disse træningstyper var:

- Generel træning på stol
- Styrketræning
- Siddende armtræning
- Siddende og liggende styrketræning
- Træning af nakke og skuldre
- Stående og gående træning samt kondition
- Åndedrætstræning
- Bevægelse – udspænding og mobilitet
- Stabilitet og balance

Træningen blev gennemført som livesessioner på Facebook på både UlykkesPatientForeningens og PolioForeningens offentlige sider. Den tiende træningstype var mindfulness, som foregik over

hjemmesiderne. Disse optagelser blev indtalt af en psykolog med ekspertise inden for mindfulness og blev frigivet løbende til asynkront brug.

I alt blev der derudover udviklet 10 træningsvideoer á 30 minutter omkring et specifikt tema med specialuddannet personale (del 2). Disse er blevet lagt op på vores hjemmesider i løbet af projektperioden og berører følgende 10 typer af træning:

- Bevægelighed
- Pulstræning (stående)
- Pulstræning (siddende)
- Åndedrætstræning
- Balancetræning
- Hånd-, fingre- og underarmstræning
- Styrke af overkroppen
- Styrke af underkroppen
- Kropsscanning og Mai Chi
- Nakke- og skuldertræning

3.3. Målgruppe

Projektet var rettet mod mennesker med funktionsnedsættelse efter sygdom eller ulykke - som eksempelvis fysisk handicap efter ulykke eller polio. Den primære målgruppe var de omkring 1.350 mennesker med kroniske følger efter sygdom og ulykke, som til daglig træner i regi af UlykkesPatientForeningen, PolioForeningen og Specialhospitalet for Polio- og Ulykkespatienter. De sekundære målgrupper var alle andre mennesker med lignende følger efter sygdom eller ulykke med behov for specialiseret træning i eget hjem under nedlukningen. Tilbuddet var dog til fri afbenyttelse for alle interesserede.

3.4. Rekruttering og markedsføring

Initiativet blev indledningsvist markedsført gennem egne kanaler – særligt via UlykkesPatientForeningens og PolioForeningens offentlige Facebook sider og via vores hjemmesider. Dernæst var vi i kontakt med en række relevante samarbejdspartnere, hvoraf bl.a. Parasport Danmark, Danske Handikaporganisationer, Brugerhjelperformidlingen, DUOS, Landsorganisationen Borgerstyret Personlig Assistance og vores nordiske søsterorganisationer delte og omtalte teletræningen positivt på deres respektive Facebook-sider. Derudover brugtes nogle af Facebooks muligheder for at sprede vores opslag enkelte gange i form af ”boostning” af opslag (fem gange i alt over perioden).

3.5. Dataindsamling

Der er indsamlet en række forskellige former for data: Data fra anvendte medier, deltagere og personale.

3.5.1. Data fra anvendte medier

Der anvendes deskriptive data fra de anvendte medier til at belyse aktivitetsniveau og gennemstrømning. Facebook anvendtes til al livetræning (90 sessioner), mens YouTube anvendtes til mindfulnessoptagelserne (8 sessioner), de 10 speciallavede videoer samt til at bevare de 90 livesessioner fra Facebook. Her inkluderedes følgende data:

Facebook

- antal nåede personer
- antal reaktioner, kommentarer og delinger
- antal sete minutter
- antal max live deltagere på en gang
- antal visninger af et minuts varighed eller mere

YouTube

- antal visninger
- gennemsnitlig procentdel set

3.5.2. Data fra deltagere

Dernæst anvendtes både kvalitative og kvantitative data fra deltagerne. Dette var i form af spørgeskemadata, enkeltinterviews og kommentarer på Facebook. Der blev indsamlet spørgeskemadata ad to omgange: Midtvejs (uge 5) og ved afslutningen. Disse blev lagt ud på Facebook og annonceret ifbm. træningssessionerne. Der blev derudover i alt afholdt fire semi-strukturerede enkeltinterviews med personer, der havde deltaget i onlinetræningen. Disse blev afholdt telefonisk i september 2020 og var af cirka 15-20 minutters varighed. Rekruttering til disse skete gennem foreningernes facebookgrupper ad to omgange, hvorefter muligt interesserede tog kontakt pr. mail for at høre mere. Temaerne var de samme i de forskellige dataindsamlinger, men med bedre mulighed for at nuancere og uddybe i de kvalitative interviews. Temaerne var deres erfaringer, oplevelser og konkrete feedback, herunder bl.a. med fokus på oplevet træningseffekt, sociale elementer af deltagelse, træningsmotivation og lavpraktiske elementer.

3.5.3. Data fra personale

Endeligt indebar projektets evaluering også data fra det involverede personale. I selve projektet var der en bred vifte af personale involveret, som bl.a. arbejdede med alt fra projektudvikling, fundraising, markedsføring, opsætning, teknisk og praktisk support, teknisk bearbejdning, den kliniske udvikling og afvikling af indholdet, projekt- og personaleledelse samt evaluering. I evalueringsøjemed blev de dele af personalet, der var ansvarlige for projektets gennemførelse,

udvalgt. I alt er de seks involverede klinikere (fem fysioterapeuter, en psykolog) og tre foreningsansatte involverede i evalueringen, ligesom både projekt- og personaleledelse i mindre omfang også er involveret. Den primære datakilde består af en række semi-strukturerede fokusgruppintervjuer med personalet, som blev afholdt efter indsatsernes afslutning i august og september 2020. Der blev afholdt tre fokusgruppintervjuer med i alt 8 ansatte ud fra en prædefineret interviewguide. Disse blev afholdt enten fysisk eller online og blev lydoptaget. I et enkelt tilfælde blev et par pointer eftersendt pr. mail. Disse fokusgruppintervjuer blev suppleret med skriftlige besvarelser på udvalgte interviewspørgsmål fra yderligere fire ansatte, som ikke havde deltaget i interviewene. Fokusgruppintervjuene og e-mailkorrespondancerne omhandlede personalets erfaringer og oplevelser med deltagelse i projektet med spørgsmål til bl.a. gode og mindre gode oplevelser, udfordringer, overvejelser, bekymringer og læringspointer. Derudover blev der i mindre grad indsamlet løbende refleksioner fra dele af det kliniske personale i form af logbøger.

3.6. Dataanalyser

Evalueringen gennemførtes som en pragmatisk virkningsevaluering og tog afsæt i de opstillede hypoteser - med fokus på både proces og resultater – som beskrevet i punkt 2. Dette betyder, evalueringen – udover at søge at besvare de konkrete mål for gennemstrømning – har haft fokus på virkningseffekter, underliggende processer, succeser og forbedringspunkter. Analysen var derfor særligt fokuseret på at belyse de forventede forandringsprocesser vist i figur 1, herunder (1) om livesessionerne skabte socialitet og fællesskab, (2) om den potentielle socialitet og fællesskab afhjalp følelser af isolation og ensomhed, (3) om deltagerne oplevede, at træningen – både live og ikke-live – var specialiseret og målrettet patientgruppen, (4) om træningen hjalp med at opretholde funktionsniveauet, og (5) om hyppigheden af deltagelse modererede forandringsprocesserne. Det sidste punkt i modellen vedrørende undgåelse af varige funktionstab var et langsigtet mål og forventning, men ikke noget, vi har haft mulighed for at indsamle data på pga. tidshorizonten af projektet. Ovenstående hypoteser blev søgt besvaret gennem statistiske analyser, indholdsanalyser af fritekstbesvarelserne samt tematiske analyser af deltagerinterviews, personaleinterviews og logbøger. Det har som tillæg hertil gennemgående været centralt i evalueringen at have fokus på at indsamle erfaringer og læringspointer, som ligger udover de opstillede hypoteser, der kan anvendes både internt og eksternt i fremtidige teletræningsindsatser til denne og andre målgrupper. Evalueringen beror på en række forskellige datakilder, som angivet ovenfor, som vil blive præsenteret enkeltvist. Der vil derefter blive samlet op på tværs i diskussionsafsnittet.

3.6.1. Data fra anvendte medier

Data fra anvendte medier beskrives deskriptivt. De forskellige data er kortlagt pr. session og derefter bearbejdet. I denne rapport angives den totale sum, gennemsnit og rækkevide (minimale og maksimale værdi).

3.6.2. Data fra deltagere

Data fra de anvendte medier og besvarelser fra spørgeskemaer anvendes deskriptivt (gennemsnit, procentangivelser o.lign.), ligesom enkelte statistiske analyser udføres (t-tests og korrelationsanalyser). Dertil blev fritekstbesvarelserne fra spørgeskemaet analyseret af én projektmedarbejder med henblik på at finde gennemgående temaer og vigtige læringspointer. Det samme gjaldt kommentarsporene på Facebook, hvor fokus var at undersøge, hvad deltagerne brugte kommentarsporet til.

De kvalitative interviews med udvalgte deltagere blev lydoptaget til brug i en induktiv tematisk analyse. Materialet blev lyttet igennem og løst transskriberet med fokus på potentielt relevante pointer. Dette var nogle gange reelle citater og andre gange i stikordsform. I denne proces blev tentative koder sat på materialet. Dette blev udført på et interview af to projektmedarbejdere uafhængigt af hinanden, som derefter mødtes for at sammenholde koder og lave et integreret netværk af koder. Herefter blev de resterende interviews løst transskriberet på samme vis af den ene medarbejder og blev kodet i fællesskab af begge projektmedarbejdere. Efter al materialet var kodet, blev alle koder organiseret i relevante temaer og kategorier. Dette gjordes også i fællesskab.

3.6.3. Data fra personale

I tråd med ovenstående blev både de skriftlige og mundtlige informationer fra personalet også anvendt i en tematisk analyse. Her blev al informationen analyseret på lige fod – uanset om det var fra fokusgruppeinterviews, logbøger eller skriftlige besvarelser. Denne analyse blev foretaget efter den tilsvarende tematiske analyse for enkeltinterviewene med deltagerne, hvor det var erfaret, at de to medarbejdere kodede meget ens. Processen var derfor, at den ene koder gennemlyttede halvdelen af interviewmaterialet og undervejs transskriberede alle potentielt relevante pointer. Herefter mødtes begge medarbejdere og kodede materialet sammen og opstillede tentative temaer, hvorefter den ene medarbejder arbejdede videre med materialet. Denne analyse er således endnu ikke færdig, hvorfor de præsenterede resultater herfra er foreløbige.

3.7. Håndtering af personoplysninger

Flere dele af datamaterialet indeholdt ikke personoplysninger – eksempelvis statistik på trafik på de sociale medier – ligesom spørgeskemabesvarelserne fra begyndelsen var anonyme, hvilket betyder, vi på intet tidspunkt har været bekendt med, hvem der deltog i undersøgelsen. De dele af interviewdata, der indeholdte personfølsomme oplysninger, som ikke var anonyme for evalueringsgruppen, blev indsamlet i tråd med databeskyttelseslovens § 10 og databeskyttelsesforordningens art. 6, stk. 1, litra e, som muliggør dataindsamling til forskning uden samtykke. Deltagerne blev skriftligt informeret om vores lovhjemmel, håndteringen af oplysningerne mv. for at sikre, at vi levede op til vores oplysningspligt. Disse interviews blev overordnet transskriberet (hovedpointer og vigtige citater) i pseudonymiseret form mhp. analyse, og lydfilerne blev slettet.

4. Resultater

4.1. Deskriptive data fra anvendte medier

I alt blev der leveret 90 livesessioner parallelt på de to Facebook-sider, som også efterfølgende var tilgængelige til asynkron træning både på Facebook og på YouTube efterfølgende med få undtagelser. Ligeledes blev 8 mindfulness-videoer og 10 speciallavede træningsvideoer produceret. Tabel 1a og 1b viser udvalgte deskriptive data fra de to medier.

Tabel 1a: Facebook.

	Spredning	Minutters video	Max live seere	1-minuts-visninger	Reaktioner
UPF	I alt 787.914 Gns. 8.954 (2041-39.491)	I alt 266.652 Gns. 3030 (988-18526)	Gns. 40 (10-76)	I alt 23.064 Gns. 262 (87-1802)	I alt 10.261 Gns. 117 (41-429)
PF	I alt 41.096 Gns. 467 (309-1777)	I alt 62.456 Gns. 709 (91-4057)	Gns. 14 (4-40)	I alt 3.659 Gns. 41,6 (9-264)	I alt 3.195 Gns. 36 (10-126)

I alt = sum; gns=gennemsnit pr. video; parentes=min- og max-værdier.

UPF = UlykkesPatientForeningen; PF = PolioForeningen

Note: 88 (og ikke alle 90) live-træninger var tilgængelige ved evalueringen

Tabel 1b: YouTube.

	Visninger	Gns. procentdel set
Live-sessionerne fra Facebook	I alt 1.793 Gns. 21,09 (1-154)	23,59 (0,22–99,97)
Speciallavede videoer	I alt 1.908 Gns. 190,80 (18 – 365)	20,41 (10,12 – 40,22)
Mindfulness	I alt 297 Gns. 37,13 (15 – 58)	26,81 (15,37 – 37,65)

I alt = sum; gns=gennemsnit pr. video; parentes=min- og max-værdier.

Note: 85 (og ikke alle 90) live-træninger blev overført

De forskellige tilgængelige datatyper på de to forskellige medier, gør det kompliceret at sammenligne på tværs. Facebooks mulighed for 1-minuts-visninger giver den bedste indikation af, hvor mange der reelt har gennemført en del af træningen og ikke blot kortvarigt kigget på videoen. Her har videoerne været vist 26.723 gange i minimum et minut på begge Facebook-sider. I alt har der i perioden været 329.108 minutters afspilning af videoerne – det svarer til knapt 5.500 timers afspilning. Videoerne havde derudover mellem 4 og 76 max antal live-seere med et gennemsnit på hhv. 14 og 40 pr. video. Disse Facebook-tal vedrører projektperioden fra 27. april til 10. juli. Dertil kommer 297 visninger af mindfulness-optagelserne samt 1.793 visninger af de gemte live-videoer, som er tilgængelige via hjemmesiderne, som tilhører samme "regnskab". Derudover har de øvrige træningsvideoer været vist 1.908 gange i alt.

4.2. Deltagernes oplevelser og erfaringer

4.2.1. Spørgeskemadata

Spørgeskemadata blev behandlet på tre forskellige måder: Udvalgte opgørelser af besvarelserne, statistiske analyser og indholdsanalyser af fritekstbesvarelserne. Der var 101 personer, der besvarede spørgeskemaet ved midtvejsevalueringen (70 gennemførte helt og 31 besvarede kun delvist), mens der var 72, der besvarede det ved slutevalueringen (56 gennemførte helt og 16 besvarede kun delvist).

4.2.1.1. Udvalgte opgørelser

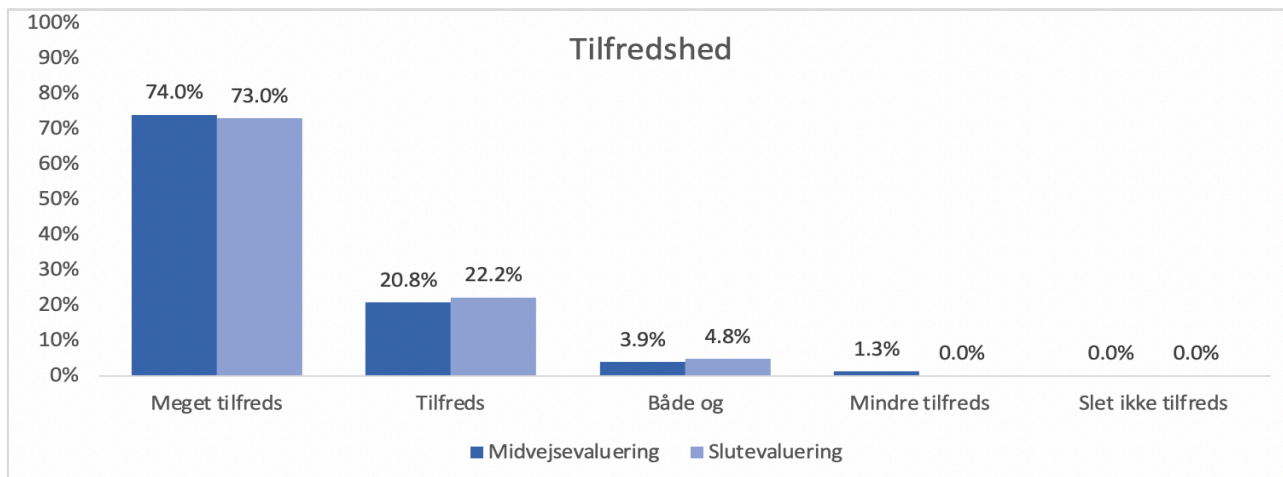
Herunder følger først en række deskriptive data samlet i tabel 2, og derefter følger en række diagrammer, som belyser tilfredshed, effekt, målrettethed, socialitet, ensomhed og fremtiden for online træning.

Tabel 2: Deskriptive karakteristika spørgeskemadata.

Spørgsmål	Midtvejsevaluering	Slutevaluering
Hvad er dit køn?	Ingen data	Mand: 18,8 % Kvinde: 81,2 %
Hvor gammel er du?	Ingen data	20-30 år: 1,5 % 31-40 år: 8,8 % 41-50 år: 7,4 % 51-60 år: 27,9 % 61-70 år: 33,8 % 71-80 år: 16,2 % Over 80 år: 4,4 %
Hvor bor du?	Ingen data	Region Nord: 2,8% Region Midt: 19,4% Region Syd: 12,5% Region Sjælland: 18,1% Region Hovedstad: 44,4% Ved ikke/uden for DK: 2,8%
Hvad er din primære diagnose?	Post-polio: 40,7 % Rygmarvsskade: 12,1 % Amputation: 1,1 % Hjernerystelse: 1,1 % Whiplash: 5,5 % Multitraume: 9,9 % Andet: 29,7 %	Post-polio: 34,8 % Rygmarvsskade: 15,2 % Amputation: 3,0 % Hjernerystelse: 4,5 % Whiplash: 16,7 % Multitraume: 3,0 % Andet: 22,7 %
Er du plaget af vedvarende smerter?	Ja: 64,4 % Nej: 31,1 % Ved ikke: 4,4 %	Ja: 72,3 % Nej: 27,7 % Ved ikke: 0,0 %
Har du trænet fast en eller flere gange om ugen før corona?	Ja: 84,1 % Nej: 14,8 % Ved ikke: 1,1 %	Ja: 78,5 % Nej: 21,5 % Ved ikke: 0,0 %
Deltog du i live-sessionerne?	Ja: 69,1 % Nej: 22,2 % Ved ikke: 8,6 %	Ja: 76,2 % Nej: 20,6 % Ved ikke: 3,2 %

Selvom evalueringen blot er et mindre udsnit af deltagerne i projektet, peget dette på den bredde, tilbuddet er nået ud til – både på tværs af køn, alder, geografiske grænser og diagnoser.

Tilfredshed



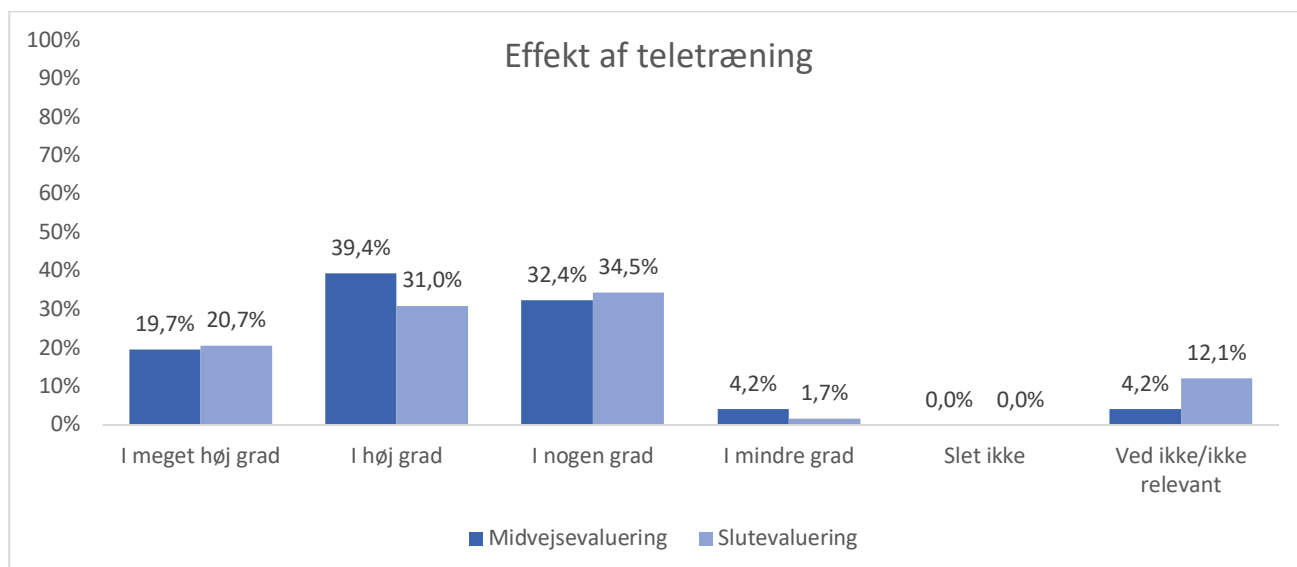
Figur 2: Tilfredshedsbesvarelser

Spørgsmål: Hvor tilfreds er du med vores online træningstilbud?

På tværs af vores to undersøgelser oplevede 94,8-95,2% sig "meget tilfredse" eller "tilfredse", og ingen angav, at de slet ikke var tilfredse.

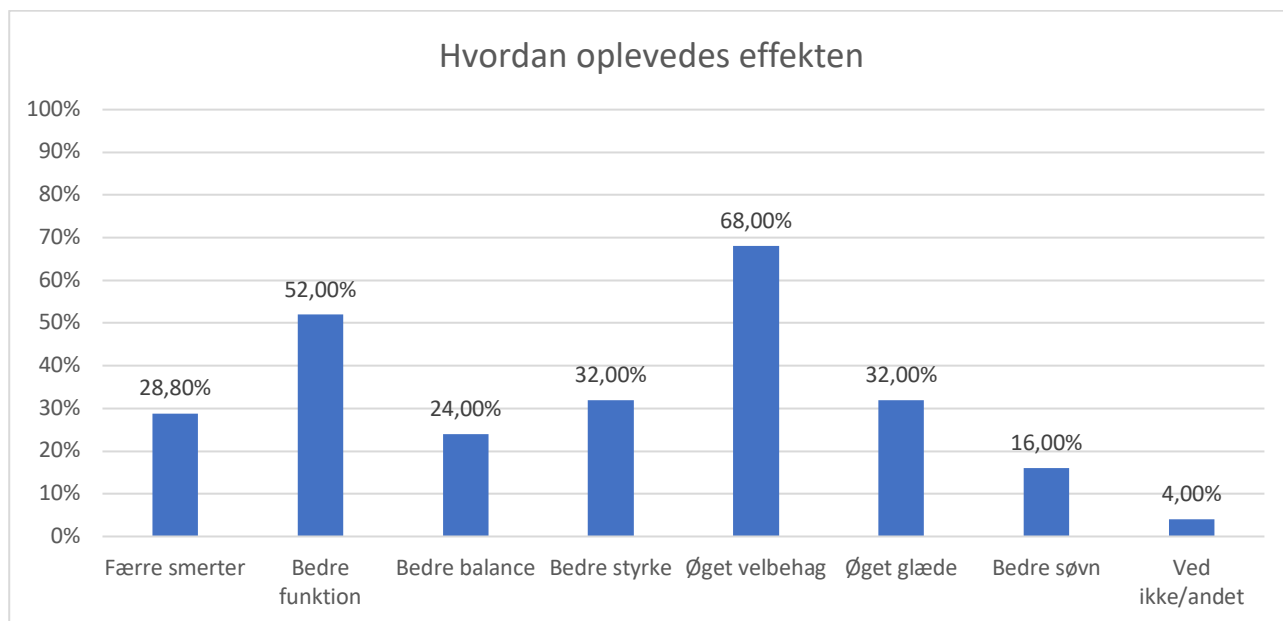
Effekt

Som illustreret nedenfor angav 51,7-59,1% i "meget høj grad" og "høj grad" at opleve en effekt af træningen på tværs af vores to undersøgelser. Tilføjer man de, der angav, at de i "nogen grad" oplevede en effekt, angav i alt 86,2-91,5% en oplevet effekt. Data fra slutevalueringen peger på, dette både gjaldt smerter, funktion, balance, styrke, velbehag, glæde og søvn.



Figur 3a: Effektbesvarelser

Spørgsmål: Oplevede du, at du mærkede en effekt af at deltage i træningen?

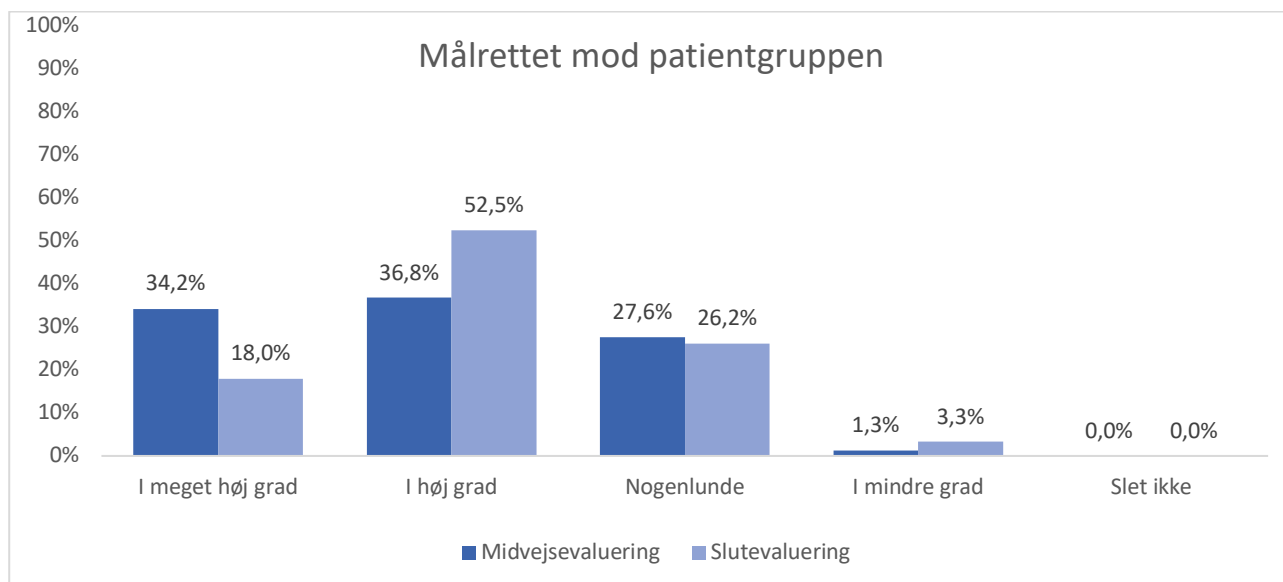


Figur 3b: Effektbesvarelser

Spørgsmål: Hvordan har du oplevet, det har givet dig en effekt?

Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.

Måltethed



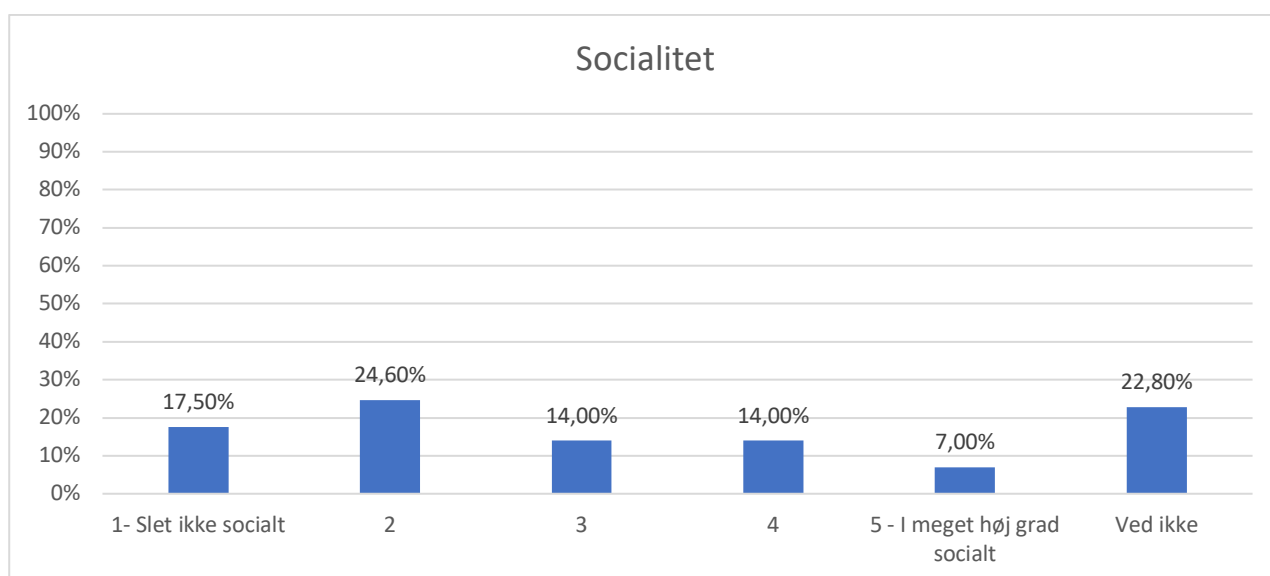
Figur 4: Måltethedsbesvarelser

Spørgsmål: I hvor høj grad synes du, at onlineholdene har passer til dit funktionsniveau?

Fordi der er tale om en vis bredde i målgrupperne, er det vigtigt at vide, at 70,5-71% oplevede, at holdene passede til deres funktionsniveau. I tillæg kan det nævnes, at omkring 50% efterfølgende angav, at de i "meget høj grad" eller "høj grad" oplevede, at øvelserne kunne skrues op og ned, så det passede bedre til deres niveau.

Socialitet

I alt angav 37,4% enten 3, 4 eller 5 omkring i hvilken grad, de på en skala fra 1 (slet ikke socialt) til 5 (i meget høj grad socialt) oplevede tilbuddet havde et socialt element. I særlig grad angives årsagen at være, at man vidste, man trænede samtidig med nogle andre. I alt angav 32,3% enten 3, 4 eller 5 omkring i hvilken grad, det sociale betød noget for dem på skala fra 1 (slet ikke socialt) til 5 (i meget høj grad socialt). Endeligt angav i alt 29,8% enten 3, 4 eller 5 omkring i hvilken grad de følte, at deltagelsen i træningen gjorde dem mindre ensomme. Det sociale element er således præsent og vigtigt for en væsentlig del af deltagerne og kan muligvis være et vigtigt virke for at forebygge ensomhed i perioder med nedlukning.



Figur 5a: Socialitetsbesvarelser

Spørgsmål: I hvilken grad oplevede du, at der også var et socialt element i at deltage?

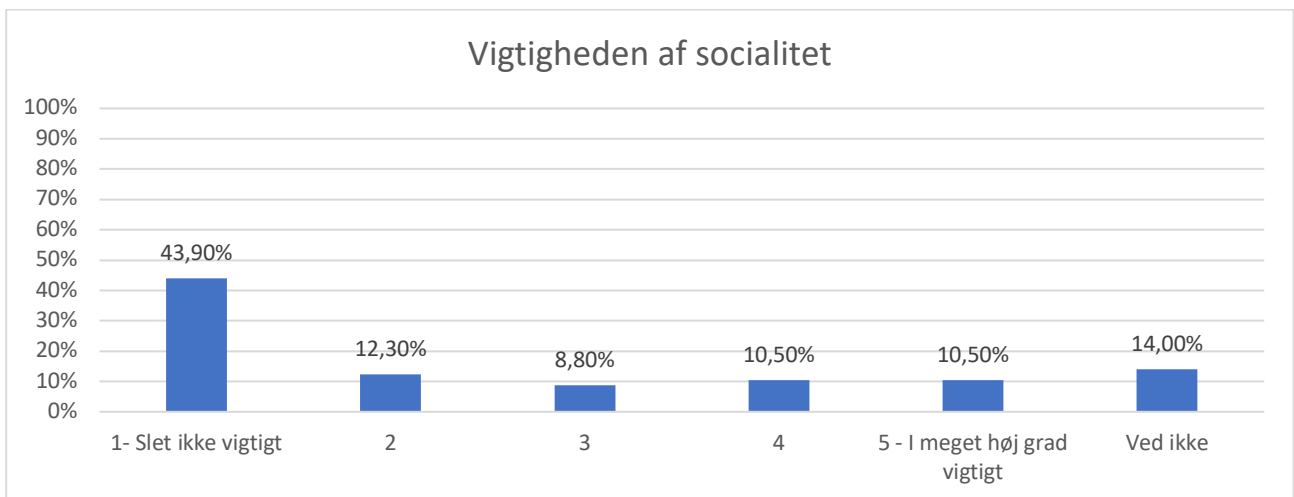
Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.



Figur 5b: Socialitetsbesvarelser

Spørgsmål: Hvilken del tror du især, at der var hjælpsomt socialt?

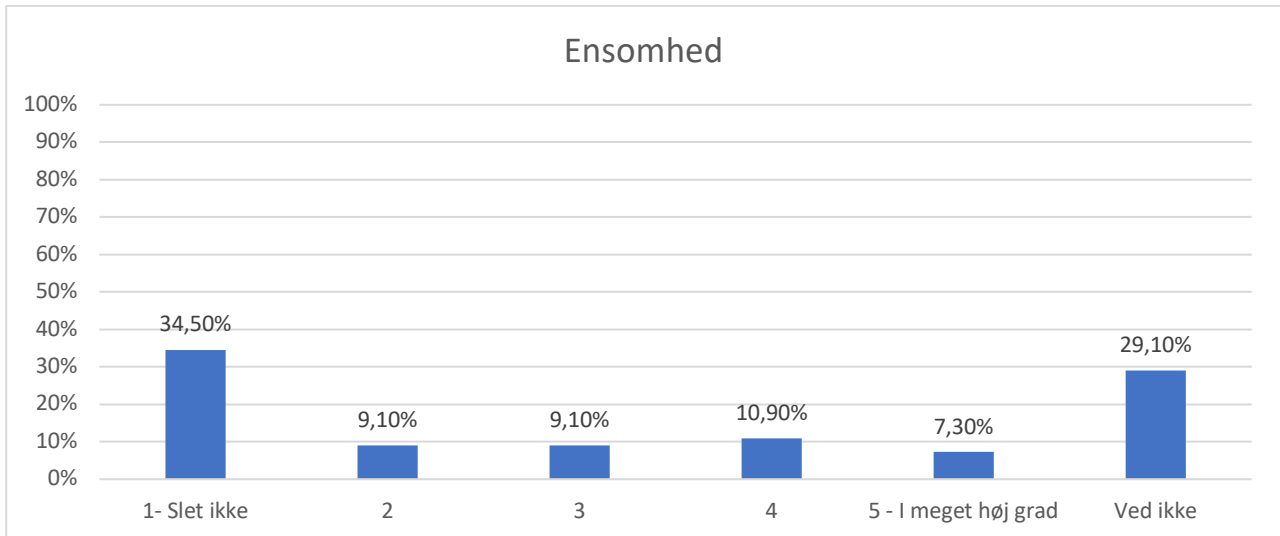
Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.



Figur 5c: Socialitetsbesvarelser

Spørgsmål: Var det sociale vigtigt for dig, når du deltog i træningen?

Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.



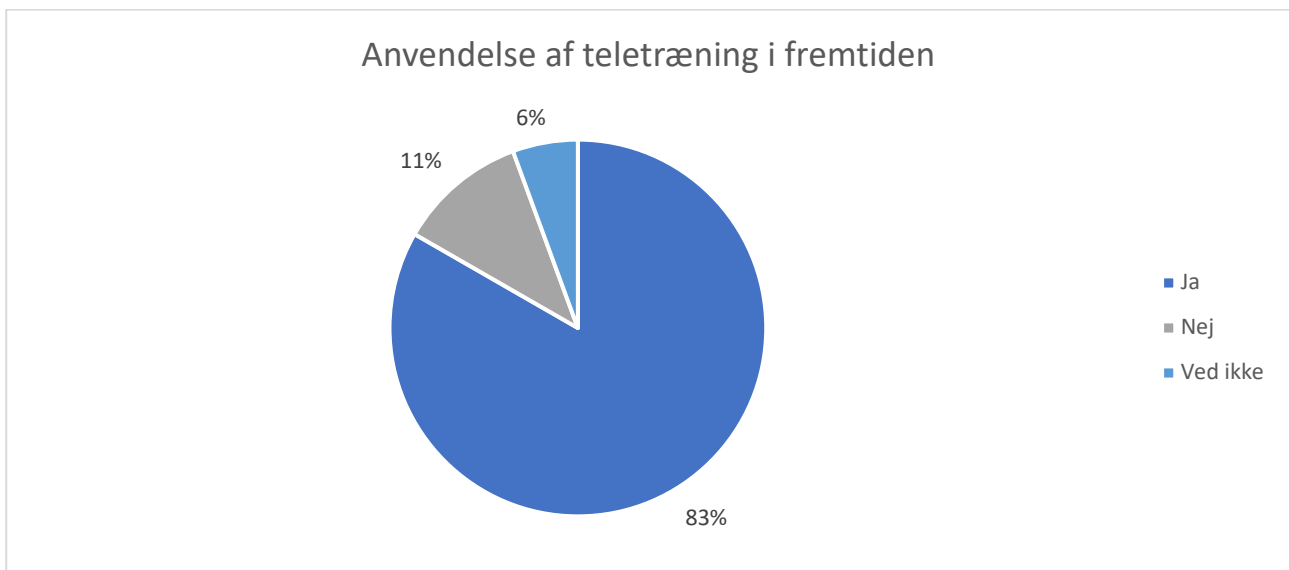
Figur 5d: Socialitetsbesvarelser

Spørgsmål: Oplevede du, at din deltagelse i træningen gjorde, at du følte dig mindre ensom i den periode, du deltog?

Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.

Anvendelse af teletræning i fremtiden

Endeligt angav hele 83,3% af de adspurgte, at de godt kunne forestille, at denne form for online-træning i fremtiden kunne indgå som en del af deres normale træning.



Figur 6: Besvarelser om anvendelse i fremtiden

Spørgsmål: Kunne du forestille dig, at denne form for online træning i fremtiden ville indgå som en del af din normale træning?

Obs. kun data fra slutevaluering tilgængeligt.

4.2.1.2. Statistiske analyser

Effekten af live-sessionerne

Den statistiske analyse viste først og fremmest, at der ikke var en signifikant forskel på hvor stor en effekt, personer, der var med live, oplevede sammenlignet med personer, der ikke var med live. Dette gjorde sig både gældende i midtvejsevalueringen, $t(60) = .47$, $p = .640$ og i slutevalueringen, $t(50) = .87$, $p = .390$. De personer, der var med live, vurderede heller ikke teletræningen som mere social end de personer, der ikke var med live. Selvom de scorede lidt højere (2,70 kontra 2,40), så viste t-testen, at denne forskel ikke var statistisk signifikant, $t(43) = .50$, $p = .622$.

Effekten af træningshyppighed

Der var ikke nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem, hvor ofte man deltog i træningen (hyppighed), og hvor stor en effekt, man oplevede; Pearson's $r = .02$, $p = .899$ (midtvejsevalueringen); Pearson's $r = .24$, $p = .083$ (slutevalueringen).

4.2.1.3. Fritekstbesvarelser

Spørgeskemaerne indebar muligheden for at underbygge nogle af svarene. Hovedpointerne fra analysen af disse er at finde nedenfor i tabel 3a-d.

Tabel 3a: Tilfredshed

Spørgsmål: Hvad er det, der gør, at du er tilfreds med teletræningstilbuddet?

Tema / vigtige pointer	Evt. eksempler eller citater
Klinkernes kompetencer	"Underviserne er inspirerende og dygtige" "Jeres trænere er personer med forstand på det, de udtaler sig om"
Måltrettet patientgruppen	"Har søgt rundt på nettet og i jeres programmer har jeg fundet noget der passer mig [...]. Det er lavet af folk, der har forstand på træning efter ulykke/sygdom."
Varieret og tilpas niveauinddelt	"Noget for alle, man kunne 'skræddersy' sin træning"
Oplever god fysisk effekt	"Som sagt har de på det nærmeste givet mig førligheden tilbage." "Har mirakuløst holdt mig til ilden og øget mit funktionsniveau lige da jeg behøvede det allermest - og er vældig ambitiøs på at fortsætte."
Genkendeligheden af trænere	"Det har været en stor styrke, at jeg kender de fysioterapeuter, som har ledet de seancer, jeg fortrinsvis har valgt at følge."
Følelse af at være social	"Det har hjulpet mig at fortsætte min træning og følte at jeg var sammen med de andre 'venner'. "Fint med kommentarer og at de tager med hvad vi skriver. Føler jeg er en del af et fællesskab."

Tabel 3b: Savn i tilbuddet**Spørgsmål: Er der noget, du har savnet i tilbuddet?**

Tema / vigtige pointer	Evt. eksempler eller citater
Det var godt, som det var	
Savnede hård styrketræning	
Savnede tempo og høj puls	
Fagperson og patient sammen	En enkelt person foreslår, at man kunne have en patient med inde, så det gør det nemmere for deltagerne at se, hvordan de skal gøre.

Tabel 3c: Positive og negative effekter**Spørgsmål: Hvilke positive eller negative effekter har du oplevet?**

Tema / vigtige pointer	Evt. eksempler eller citater
Fysiske effekter	<ul style="list-style-type: none"> - Øget styrke - Bedre form - Færre smerter - Bedre balance - Større smidighed - Større mobilitet - Undgået af blive svækket i coronatiden
Psykiske effekter	<ul style="list-style-type: none"> - Øget velvære - Mere energi - Større glæde - Afslappethed - Større lyst til at træne
Negative effekter	<ul style="list-style-type: none"> - Øget træthed og smerter på kort sigt (citat: "Også derfor har øgede smerter og udtalt træthed været følgesvende på kort sigt. Jeg tror på den langsigtede effekt". - Mistet styrke (citat: "Træningen kan på ingen måde erstatte motionscenter eller at træne to gange om ugen ved personligt fremmøde, det savner jeg rigtig meget, føler jeg har mistet en del kræfter."

Tabel 3d: Socialitet**Spørgsmål: Hvordan synes du, at træningen var social eller ikke social?**

Tema / vigtige pointer	Evt. eksempler eller citater
Opmærksomhed og nærvær fra trænerne	"Jeg følte mig "set"." "Man oplever en opmærksomhed og nærvær".
Fællesskab	"Følte jeg var en del af et hold" "Man oplever en fællesskabsfølelse."
Kommentarfeltet	"Når man skriver og ser andre skrive i chat og kommentarer"
Det var ikke socialt	"Man sidder alene mens man træner, så der er ikke meget socialt i det."
Det handlede kun om træning	"For mig var det udelukkende træning" "Træningen var i fokus for mig"

4.2.2. Interviewdata

Der blev i alt afholdt fire deltagerinterviews med fire kvindelige deltagere i teletræningen. Deltagerne havde en gennemsnitsalder på 68 år og havde forskellige årsager til deres deltagelse, herunder kroniske smerter, følger efter polio og rygmarvskader.

Deltagerinterviewene gav indsigt i mange deltageroplevelser og -erfaringer, som i alt blev bearbejdet til at udgøre seks temaer. Generelt fandtes det overordnet set, at respondenterne var meget glade for tilbuddet og ønskede, det fortsatte, og de fortalte tilsammen om både direkte og indirekte effekter, det sociale element, rammemæssige fordele, den kliniske kontekst samt design og kommunikation.

Under teamet **direkte effekter** fortalte deltagerne om et væld af positive effekter, de oplevede, de havde fået ud af træningen. Dette inkluderede at være kommet i bedre form, fået mere styrke, og bevægelighed, forbedret deres vejrtrækning, fået øget socialt samvær, fået god energi og meget mere. Samtidig blev det også nævnt, at hyppigheden og bredden i tilbuddet var en faktor for de oplevede effekter. Dernæst fandtes det meget interessant, at træningen var med til at skabe fysisk aktivitet og socialitet andre steder end blot undervejs i selve træningen – noget, vi kaldte **indirekte effekter**. På denne måde blev der skabt positive ringe i vandet, hvor deltagerne f.eks. genbrugte det, de lærte andre steder, og brugte onlinetræningen til at igangsætte kontakt med andre f.eks. ved at dele billeder af sig selv under træningen på de sociale medier.

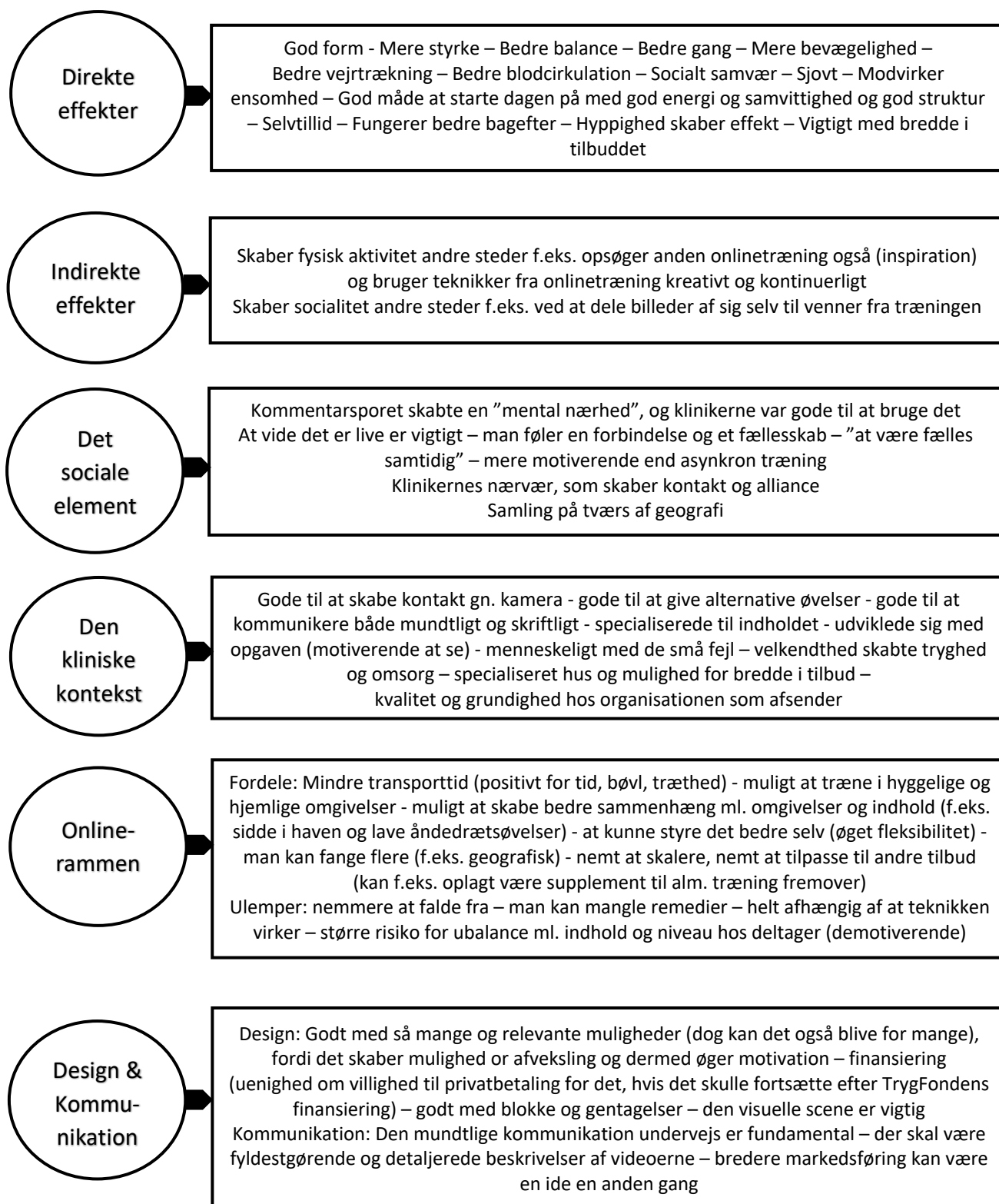
Det tredje tema omhandlede **det sociale element**, som også blev nævnt i både det første og andet tema ovenfor. Vi valgte dette som et selvstændigt tema, fordi det var en af vores forhåbninger i projektet – at det også ville give en følelse af at være en del af noget socialt. Tre af de fire deltagere følte, at livetræningen var social. En deltager sagde eksempelvis, at det var ”sjovere” end at se træningsvideoerne asynkront, og at det faktisk, det var live, gjorde ”jeg følte en eller anden forbindelse”. En anden sagde ”jeg tror, det alligevel gjorde noget, at man var sammen - at man vidste, at de andre sad rundt omkring (...) og gjorde det samme. Det, tror jeg faktisk, havde en effekt. Positivt.” En tredje pointerede vigtigheden af chatfunktionen og sagde, at ”det der med, at de reagerede straks, betød også noget. Man føler sig tættere sammen”, og ”måske var det i virkeligheden mest den mentale nærhed, jeg dyrkede”. Her blev det også pointeret, at klinikerne var gode til at skabe en god kontakt og alliance gennem kameraet, hvilket var vigtigt for flere. I arbejdet med dette tema blev det tydeligt, at live-onlinetræning er et bedre og mere socialt alternativ til ingen træning, men at det formodentligt ikke er lige så socialt som almindelig træning. For nogle var det nok (og for nogle faktisk bedre end normal interaktion), og for andre kunne det ikke erstatte almindelig fysisk interaktion.

Det fjerde tema omhandlede **den kliniske kontekst**. Her blev der angivet en række elementer, der var vigtige for respondenterne omkring den kliniske kontekst – både hos klinikerne og hos organisationerne som afsender. Her blev klinikernes virkelig gode arbejde tydeliggjort med en

række roser, heriblandt fortalte deltagerne, at de var fagligt dygtige også til at give alternative øvelser for at få alle med og gode til at kommunikere. Her blev det nævnt, at man ikke skal være bange for de småfejl, der naturligvis er – det gør det bare menneskeligt. Herudover blev det også tydeligt, at afsenderen har betydning i form af, at man som modtager stoler på kvaliteten af indholdet. Der var en kvalitet og en grundighed i tilbuddet, som flere af interviewdeltagerne følte var vigtigt, ligesom det for nogen var rart og trygt, at det var nogle af de klinikere, de kendte.

Dernæst handlede en del af samtalerne om **onlinerammen**. Her blev en række fordele og ulemper udfoldet. På den ene side kan det noget helt særligt at levere træning på denne måde. Udover de klassiske fordele omkring mindre transporttid, som udover tid og penge også frigiver noget energi, blev en række andre positive ting også nævnt. Eksempelvis nævnte flere, at det var en fordel, det var fleksibelt. Hvis det gik for stærkt, kunne man eksempelvis pause det, ligesom en deltager fortalte, at med onlinetræningen frem for almindelig træning ansigt til ansigt med en træner ”...kunne jeg 100% selv styre, hvor meget og hvor lidt (...) jeg faktisk trænede og kunne styre det, så jeg faktisk opbyggede i stedet for nedbyggede, så det var rigtig godt”. En anden fortalte, hvordan det faktisk, at det var online, muliggjorde at kunne skabe en bedre ramme for træningen – eksempelvis kunne man lave vejrtrækningsøvelserne i haven med frisk luft, fuglekvidder og solskin i ansigtet. Samtidig blev det nævnt, at det var en fordel, at flere kunne være med (både geografisk og målgruppemæssigt), men også at man kunne kombinere det med andre tilbud og således skalere efter behov. Dog blev det også nævnt, at der var nogle vigtige ulemper at tage højde for. Det blev nævnt, det var nemmere at falde fra, at man kan mangle remedier til træningen, at man var meget afhængig af teknikken (både hos trænerne og hos en selv privat), og endeligt at der var større risiko for en ubalance ml. indhold og niveau hos deltageren, hvilket kan virke demotiverende

Endeligt omhandlede sidste tema **design og kommunikation**. Her blev en række vigtige elementer for design af onlinetræning og kommunikationen relateret hertil nævnt. Blandt andet angav deltagerne i interviewene, at det var godt med så mange gode valgmuligheder, fordi det skabte god mulighed for afveksling, selvom nogen også påpegede, at det kunne blive for mange. Derudover blev finansiering af et fremtidigt tilbud diskuteret, hvor egenfinansiering kan være en barriere for nogen. Yderligere blev vigtigheden af den visuelle scene nævnt – det kunne være svært at se på tavler, hvis der blev skrevet på dem, og der kunne nogle gange være for meget støj for øjet. Kommunikationsmæssigt nævntes blandt andet vigtigheden af præcis og detaljeret kommunikation om videoernes indhold, og at en bredere markedsføring måske kunne være ideel.



Figur 7: Visuel præsentation af kvalitativ analyse af deltagerdata.

4.2.3 Facebook-kommentarer

Den tematiske analyse af Facebook-kommentarernes indhold viste en tydelig tendens til tre overordnede temaer, som illustreret af nedenstående figur:



Figur 8: Visuel præsentation af kvalitativ analyse af kommentarer.

Tekniske spørgsmål og kommentarer fyldte mest i starten og drejede sig primært om lydproblemer, hvilket igen understreger, hvor afhængig man er af dette i et online-set-up. Dernæst var en del af kommentarerne **faglige spørgsmål og kommentarer**. Dette drejede sig eksempelvis om spørgsmål til variationer af øvelser, opklarende spørgsmål til de præsenterede øvelser eller specifikke ønsker til indhold i fremtiden. Endeligt var majoriteten af kommentarerne af **social karakter**. Mange brugte kommentarsporet til at skrive ting i stil med "Pyh, det var hårdt", "Hej fra Ry", "Tak for i dag" og "Jeg får besøg nu, så træner videre senere". Flere taggedede også hinanden. Det var således gennemgående, at kommentarsporet blev brugt til at socialisere. Derudover brugtes det også til at takke foreningerne og trænerne, og vi brugte selvfølgelig også kommentarsporet til at svare og forklare efter behov.

4.3. Personalets oplevelser og erfaringer

Personalets havde en række vigtige oplevelser og erfaringer, som rakte vidt omkring.

En væsentlig del af pointerne omhandlede deres **motivation**. Det var motiverende og positivt at se, at der var så stor efterspørgsel på træningen, og at der var så mange, der fulgte det fast. Trænerne søgte at skabe struktur og kvalitet i træningen på distancen, og det var derfor motiverende, at så mange gav udtryk for, at det dækkede et behov hos dem. De havde en fornemmelse af, at mange oplevede god effekt – særligt hvis du deltog hyppigt i træningen. Det var også motiverende og spændende at prøve noget nyt, herunder også at arbejde på tværs af faggrupper og dele af organisationen. Det ejerskab, det indebar at lave noget nyt fra bunden, var en stærk motivationsfaktor, og det var spændende at prøve fagligheden af i en ny ramme og samtidig få nogle nye opgaver. Fordi det fordrede kreativitet, var det både udviklende og motiverende – om end der var forskel på dette fra træningsmodalitet til træningsmodalitet. Dog kunne motivationen godt falde over tid, hvis man skulle lave det samme for mange uger i træk, fordi man fik så lidt feedback fra modtagerne i det set-up, vi havde valgt. Normalt ville man som træner få energi af modtagerne,

men fordi der i dette tilfælde ikke var nogen umiddelbart feedback, kunne det være svært at være nærværende, og man skulle bringe rigtig meget energi med selv som træner. Dette kan være vigtigt at have for øje tidligt, så man er forberedt på det.

Herudover handlede en del af pointerne om **vigtigheden af teknikken**. I tilbud som disse var man meget afhængig af, at teknikken og udstyret fungerede. Der var en række børnesygdomme relateret hertil i begyndelsen af projektet (særligt lyd og langsomt internet), som tog meget tid og energi at udrydde. Det var vigtigt, der var nok udstyr, og at man havde øje for, at der var mange mindre ting, man ikke regnede for noget, som var vigtige for at få det til at køre – eksempelvis godt internet og plads nok på optageudstyr. Denne del kan tage meget mere tid, end man tror, og kan koste mere i form af indkøb af ekstra udstyr. Samtidig krævede det tilstedeværelsen af flere fagpersoner og flere faggrupper at gennemføre – i hvert fald i det format, vi valgte at lave, hvor der blev sendt live til to Facebook-kanaler på en gang med to igangværende chatfunktioner. Det blev her nævnt, at man kunne overveje en mere simpel løsning. Derudover blev det klart, at det var vigtigt, at det var brugervenligt, og at man også delvist blev ansvarlig for brugernes teknik, hvilket kunne være kompliceret at hjælpe dem med at løse.

Et vigtigt fokusområde var også **de nye arbejdsrammer**, som onlineformatet tilvejebringer. Det betød, at der var nye overvejelser og regler, der skulle tages højde for. Dette gjaldt både, at trænerens arbejde blev tilgængeligt for mange flere, og at det liv – og efterliv – videoer ville få, var svært at gennemskue og kontrollere. Det betød, at mange flere kiggede med, men at man ikke vidste, hvem de var. Samtidig var det svært at have en fornemmelse af, hvordan det blev modtaget. Nogen følte, at disse nye arbejdsrammer således også stillede nogle andre krav til trænerens faglighed, fordi de var mindre i kontrol over modtagernes brug af deres indhold end normalt. Der oplevede de også, at de sagde mere "pas på", end de plejer. Det var svært at styre det liv, det fik, og hvor længe det ville leve. Derfor var der også flere, som oplevede, at de var mindre eksperimenterende, da deres faglige stolthed var mere på spil. Samtidig var det også i højere grad en pakkelsning, hvor man også indirekte stod på mål for det, de andre lavede, og en følelse af at være medskaber var derfor særligt vigtigt. Derudover var der meget mere tilrettelægning forbundet med at lave online-træning, mens muligheden for at improvisere og forme træningen undervejs blev mindre. Det havde også betydning for forberedelsestiden. At være velforberedte var derudover en tryghed for nogle trænere. Ydermere var sikkerhed også et centralt tema. Det gjaldt både deltagerens sikkerhed ift. utilsigtede hændelser (der burde være en procedure herfor) og datasikkerhed for både deltagere og klinikere. Mange af disse refleksioner hos klinikerne relaterede sig til, at det var en ny og ukendt måde at arbejde på og var således ikke nødvendigvis formidlet som bekymringer, men snarere overvejelser. Dog blev det flere gange nævnt, at en intern sletteaftale kunne være en fordel, så man vidste, hvor længe det fik lov at ligge tilgængeligt til fri afbenyttelse. Herudover kan der være klinikere, der ikke ønsker at arbejde online, hvilket er vigtigt at være opmærksom på, når sådanne projekter sættes op. Endeligt var det en central pointe, at man ikke var kameravant og ikke havde nogle erfaringer på området. Derfor kunne man mangle nogle

kompetencer, ligesom det kunne være forbundet med nervøsitet. Det kan være et vigtigt fokus til fremtiden, at trænerne føler, de klædes på til opgaven. Fremover bør der således være fokus på kompetenceopbygning fra begyndelsen af projektet. En del af dette kunne også imødekommes ved løbende koordineret sparring klinikerne imellem, så man kunne lære af hinandens erfaringer.

Derudover var der **en række øvrige overvejelser relateret til brugen af onlineformatet**. Det var en meget positiv overraskelse, at så mange brugere – også blandt de ældre – virkede til at være meget omstillingsparate til den digitale træningsvirkelighed. Det kan dog godt være en barriere for nogen, og at vi således har en gruppe, vi ikke har nået ud til. Samtidig nævntes det som refleksion, at man nok ikke fangede de målgrupper med lavest funktionsniveau i et tilbud som vores. Der dukkede derudover en række praktiske potentielle udfordringer op. Eksempelvis er det en vigtig overvejelse at have, hvad man gør i forbindelse med sygdom hos personalet, hvor onlinetræning er mere sårbart end i hverdagen, fordi det er sværere for kollegaer at overtage opgaven. Derudover gav mediet også mulighed for at følge succesen, hvilket der også er en stolthed i.

Yderligere omhandlede en del af pointerne i interviewene **bredden af målgruppen**. Det var fagligt udfordrende og derfor også tidskrævende at lave et program, hvor alle kunne være med. Derudover blev det pointeret, at det var en balancegang, at alle på den ene side skulle kunne være med, og at vi på den anden side ønskede specialiseret træning, hvor man automatisk opgav noget af specialiseringsgraden ved at sikre, at alle kunne deltage. Samtidig er det vigtigt at gøre sig klart, at nogle dele af rehabiliteringen kræver direkte interaktion og således ikke vil kunne løftes for disse målgrupper i et rent onlineformat, ligesom ikke alle favnes i denne ramme. Derudover vidste man ikke, hvem der så med, og hvordan de kunne bruge det, hvilket var anderledes end normalt. Derfor var det også svært at målrette indholdet. Samtidig var det svært at favne den fleksibilitet, brugerne har i og med de både kunne være helt nye og være med for 10. gang. Det viste sig for nogen, at det var meningsfuldt at sigte efter "laveste fællesnævner", fordi det var nemmere at lavere sværere alternativer for dem, der kunne, end at lave nemmere versioner for dem, der ikke kunne.

Øvrige vigtige læringspointer og refleksioner var, at 45 minutter var rimelig passende, men det afhang selvfølgelig af indholdet. Derudover ville en ugentlig træning pr. træner være bedst, ligesom en rotationsordning muligvis kunne være en god ide ift. både trænere og træningsmodaliteterne, så man herigennem bevarede motivationen for trænerne bedst muligt. Desuden mente flere, at to fagpersoner i lokalet selvfølgelig var ressourcekrævende, men at det samtidig var godt givet ud, da den bag kameraet gav rigtig meget ro og energi og på samme tid kunne løse særlige tekniske problemer eller besvare spørgsmål, hvilket man ikke kan nå som træner. Dog er det ikke sikkert, det i længden er ressourcerne værd, da især mængden af spørgsmål faldt over tid. Derudover blev skriverierne i chatten også mere sociale end faglige over tid. Derudover blev det pointeret gennemgående, at det var meget vigtigt med løbende erfaringsudveksling og sparring klinikerne imellem. Dette kunne både have været positivt for indholdet og for motivationen, da det ellers for nogen godt kunne blive lidt ensomt og monotont. Yderligere blev det flere gange nævnt, at man i

fremtiden kunne være mere kreativt og eksempelvis inkludere oplæg, mere tovejskommunikation eller invitere en patient med foran kameraet og herigennem muligvis forbedre tilbuddet. Endeligt blev det pointeret, at hvis man – som i vores tilfælde – kun lavede et projekt i en kortere periode, er det vigtigt at tænke over den gode afslutning og relateret god kommunikation både internt og eksternt.

5. Opsamling og fremtidige perspektiver

5.1. Opsamling

Vi vil på pragmatisk vis forsøge at samle op på vores evaluering nedenfor ved at besvare hypoteserne samt belyse de vigtigste erfaringer fra projektet.

Nåede vi vores konkrete mål?

Med undtagelse af enkelte manglende videoer nåede vi vores aktivitetsmål med i alt 108 træningsvideoer. Dernæst nåede vi meget længere end vores angivne succeskriterier på kort sigt – nemlig en eksponering på minimum 800 unikke træningssessioner på livevideoerne og minimum 1.500 unikke visninger af træningsvideoerne. Selvom vi ikke kan vide, hvor mange af dem, der har kigget med, der også har trænet, kan vi se på tallene, at videoerne på Facebook-siderne har været vist 26.723 gange i minimum et minut og har været afspillet i knapt 5.500 timer. Dertil kommer 297 visninger af mindfulness-optagelserne samt 1.793 visninger af de gemte live-videoer. Disse tal refererer til målet om de 800 unikke træningssessioner, mens de øvrige træningsvideoer er vist 1.908 gange i alt. Projektet var således meget mere populært, end vi havde forventet, og feedbacken har været rigtig god.

Skabte livesessionerne socialitet og fællesskab?

Analysen viste i lidt forskellige retninger. Den statistiske analyse viste, at de personer, der var med live, ikke oplevede træningen som mere social, end de personer, som ikke var med live. Dette var dog baseret på et lille sample på blot 44 deltagere. Den deskriptive gennemgang af spørgeskemadata viste, at det, der gjorde træningen socialt for nogle, var, at man vidste, at man samledes sammen med andre på et bestemt tidspunkt. Dette indikerer, at livesessionerne – for nogle – havde en social virkning. Fritekstbesvarelserne viste samme tendens, hvor flere deltagere beskrev, at de følte sig "set", og at de følte sig som en del af et fællesskab, når de trænede live. Der var dog ligeledes et gennemgående tema omkring, at det sociale ikke var vigtigt for nogen. Et af temaerne i de kvalitative interviews af deltagerne var **Det sociale element**, hvor en af kategorierne handlede om, at det var vigtigt at vide, at det var live, da man følte en forbindelse og et fællesskab. Det blev beskrevet som "at være fælles samtidig". Et andet relevant tema i denne kontekst var **Indirekte effekter**, hvor det var en gennemgående oplevelse hos deltagerne, at live-sessionerne skabte socialitet andre steder, f.eks. ved at man skrev sammen og delte billeder fra træningen i private Facebook grupper efter træningen. Derudover oplevede klinikerne kommentarsporet i livesessionerne på Facebook som et socialt samlingspunkt for deltagerne. Overordnet set så det ud til, at livesessionerne skabte socialitet og fællesskab for de personer, som gerne ville have noget socialt ud af det, mens der er en stor gruppe, som ikke vurderer det til at være socialt, fordi det ikke er det, der er vigtigt for dem, når de skal træne.

Afhjælp socialiteten og fællesskabet følelser af isolation og ensomhed?

Her viser analysen igen en tvetydighed. Gennemgangen af spørgeskemadata viste, at 29,8% angav enten 3, 4 eller 5 omkring i hvilken grad de følte, at deltagelsen i træningen gjorde dem mindre ensomme på en skala fra 1 (slet ikke) til 5 (i meget høj grad). De kvalitative interviews med deltagerne viste ligeledes under temaet **Direkte effekter**, at det hos nogle var en modvægt til den ensomhed, som ellers kunne have været indtruffet som en del af nedlukningen af samfundet. Der er mange mulige forklaringer på disse fund. Der vil være nogle, som føler sig ensomme, og hvor teletræningen ikke er nok til at afhjælpe det, mens andre har familie og tætte venner, som gør, at de ikke følte sig ensomme – uanset om de trænede eller ej. Teletræningen var derfor muligvis primært en social støtte til nogle af de mest sårbare mennesker i vores samfund. De mennesker som ikke har familie eller venner tæt på, eller som var i risikogruppen, så de ikke kunne ses med nogen i COVID19-tiden.

Var træningen specialiseret og målrettet patientgrupperne?

Analysen viste konsekvent, at deltagerne oplevede, at teletræningen var specialiseret med kompetente trænere, som havde målrettet træningen rigtig godt til patientgruppen. En klar majoritet – hhv. 70,5 og 71% – i både midtvejs- og slutevalueringen indikerede, at de oplevede, at træningen var tilpasset deres funktionsniveau og udfordringer. Gennemgangen af fritekstbesvarelserne viste samme tendens. Eksempelvis skrev én deltager, at vedkommende havde ”søgt rundt på nettet, og i jeres programmer har jeg fundet noget der passer mig [...]. Det er lavet af folk, der har forstand på træning efter ulykke/sygdom”. De kvalitative interviews viste også samme tendens. I temaet **Den kliniske kontekst** er der kodet flere kategorier, som belyser dette. Det var f.eks. en gennemgående oplevelse hos deltagerne, at trænerne var specialiserede til indholdet og vidste, hvad de talte om. Derudover havde det betydning for flere af deltagerne, at det var os som organisation, der stod bag, da vi er et specialiseret hus, som repræsenterede kvalitet og grundighed. Trænerne oplevede også, at træningen var delvist målrettet patientgrupperne, men pointerede også, at der med ønsket om at sikre en vis bredde automatisk sker en mindskelse af specialiseringen. Fokus for dem var muligvis i højere grad at sikre struktur, kvalitet og hyppighed i træningen. Samtidig var det en overvejelse, at man i tilbud som disse kan have svært ved at målrette det til de mennesker i vores målgrupper med lavest funktionsniveau.

Hjælp træningen med at opretholde funktionsniveauet?

I alt var det 51,7-59,1%, der enten i meget høj grad eller og i høj grad oplevede en effekt af træningen på tværs af vores to undersøgelser. Med tilføjelse af de personer, der i nogen grad oplevede en effekt, så bliver tallet 86,2-91,5%. Omkring 50% indikerede, at de specifikt oplevede bedre funktion generelt, mens 70% oplevede øget velbehag, og mellem 20 og 30% indikerede, at de oplevede færre smerter, bedre balance, bedre styrke og øget glæde. Lidt under 20% oplevede bedre søvn. Disse tal tyder på, at teletræningen har hjulpet deltagerne til at opretholde deres funktionsniveau og muligvis forbedret det endnu mere. Den samme tendens viste sig i gennemgangen af fritekstbesvarelserne, hvor de samme punkter gjorde sig gældende, men her

indikerede en del også bedre kondition, større smidighed, større mobilitet og mere energi. En deltager skrev om teletræningen, at den "har mirakuløst holdt mig til ilden og øget mit funktionsniveau lige da jeg behøvede det allermest - og er vældig ambitiøs på at fortsætte." En anden deltager beskrev, at teletræningen ikke kunne måle sig med den fysiske træning, og deltageren følte, at han/hun har mistet en del styrke, men dette var ikke det generelle billede i data. De kvalitative interviews viste samme tendens under temaet **Direkte effekter**. Der nævnes specifikt god form, mere styrke, bedre balance, bedre gang, mere bevægelighed, bedre vejrtrækning og bedre blodcirkulation. Alle punkterne er centrale aspekter af en persons funktionsniveau. Der var også fokus på de psykosociale effekter, som træningen havde. Flere deltagere beskrev, at de med træningen startede dagen med en god struktur, som skabte god energi og god samvittighed resten af dagen. Derudover gav det en følelse af selvtillid, og en følelse af generelt at fungere bedre bagefter. En anden vigtig pointe, som vi ikke havde med i vores hypoteser, var de positive **Indirekte effekter**, teletræningen ville skabe. Der var f.eks. mange, der blev motiveret til at opsøge teletræning fra andre udbydere, og der var derudover flere, der beskrev, at de brugte teknikkerne kreativt og kontinuerligt i deres hverdag. De indirekte effekter har ligeså haft betydning for, at deltagerne har opretholdt deres funktionsniveau.

Var hyppigheden af deltagelse en modererende faktor i forandringsprocesserne?

Den statistiske analyse viste, at der ikke umiddelbart var en sammenhæng mellem, hvor ofte man deltog i træningen og hvor stor en effekt, man oplevede; Pearson's $r = .02$, $p = .899$ (midtvejsevalueringen); Pearson's $r = .24$, $p = .083$ (slutevalueringen). Sidstnævnte tenderer dog signifikans og ville således muligvis have været signifikant i et større sample med mere power. Hyppigheden var ikke noget, der blev bragt op i fritekstbesvarelserne, men i de kvalitative interviews var det en gennemgående oplevelse, at det var hyppigheden, der lå til grund for, at de havde oplevet den effekt, de havde oplevet (se tema: **Direkte effekter**). Den ene interviewdeltager nævnte som eksempel, at hun var vant til at træne et par gange ugentligt, hvor hun nu trænede hver dag, og det var det, der havde gjort hende stærkere. Ligeledes beskrev klinikerne vigtigheden af træningshyppighed for at opnå en effekt.

Hvilke øvrige kerneerfaringer gjorde vi os?

En helt central erfaring, der blev gjort i projektet, var, hvor store krav onlinerammen stillede til det tekniske udstyr såvel hos os som hos deltagerne. Det var vigtigt, at der er nok udstyr af god kvalitet, og selv mindre ting (f.eks. backupkabler) kan være essentielle. Onlinerammen stillede ligeledes store krav til det kliniske personale, som i manges tilfælde følte, at de skulle bruge væsentligt længere forberedelsestid, da de ikke kunne improvisere som normalt. Derudover oplevede klinikerne, at de normalt drager rigtig meget energi fra gruppen, hvor de nu skulle finde den energi i sig selv. Det hjalp at have en sekundær fagperson med inde, da de kunne støtte denne proces. Det var desuden meget vigtigt for klinikerne, at de kunne stå på mål for indholdet, når det sendes ud online, fordi det potentielt får et meget større og længere (efter)liv. Derfor bør vi – og andre – overveje forhåndsbestemte og tydelige sletteaftaler, inden lignende projekter sættes i gang.

Der blev også gjort nogle vigtige erfaringer i forhold til indholdet af træningerne. Af lavpraktisk karakter viste det sig, at 45 minutters træning pr. gang var passende og én gang om ugen pr. træner var bedst. Det ville være en god idé at rotere trænerne og indholdet, da motivationen ellers risikerer at dale med tiden. Derudover blev det foreslået, at man kunne inddrage en patient i træningen, så træneren f.eks. bedre kunne vise, hvordan en person i kørestol kunne udføre en øvelse. En sidste vigtig erfaring i forhold til indholdet var, at det ofte gav bedst mening at sigte efter "laveste fællesnævner", fordi det er nemmere at lave sværere alternativer for dem, der kunne, end at lave nemmere alternativer for dem, der ikke kunne.

Fremadrettet bør deres være opmærksomhed på, at det kliniske personale skal føle sig som medskabere af indholdet, og der skal være fokus på, at man er fælles om at sende indholdet ud. Løbende dataindsamling og tilbagemeldinger til det kliniske personale er desuden med til at opretholde deres motivation. Der bør også være opmærksomhed på, at træningen, udover at have direkte effekter, også har indirekte effekter. Det skaber positive ringe i vandet hos deltagerne, der f.eks. starter kaffepauser i private Facebook-grupper, tilmelder sig lignende tilbud fra andre udbydere og bruger øvelserne kreativt i hverdagen. I designet af fremtidige teletræningstilbud kan sådanne indirekte effekter tænkes ind, så vi kan være med til at understøtte dem og bidrage til erfaringsudveksling mellem deltagerne.

5.2. Begrænsninger ved evalueringen

Selvom vi mener, aktuelle projekt har en række styrker, og det på mange måder kickstartede vores erfaringsgrundlag med teletræning, så blev projektet også sat hurtigt i gang for at tilgodese vores målgruppes akutte behov for træning i eget hjem. Den hurtige opstart var nødvendig situationen taget i betragtning, men skabte også en række begrænsninger i evalueringssøjemed, som bør have in mente i vurderingen af denne rapport. Vi vil opliste de mest centrale begrænsninger nedenfor – de relaterer sig alle til selve evalueringen snarere end selve indholdet i træningen.

En helt central begrænsning er, at vi sandsynligvis primært har fået tilbagemeldinger fra de deltagere, som var rigtig glade for tilbuddet og brugte det i stort omfang. Vi har nok i mindre grad formået at få tilbagemeldinger fra de deltagere, der faldt fra løbende, eller de som i første omgang slet ikke var interesseret. I fremtidige projekter ville det være fordelagtigt for datakvaliteten, at vores sample repræsenterer målgruppen som helhed, og også inkluderer de, der ikke har fundet tilbuddet interessant eller relevant. En mulig løsning ville være at bede folk angive deres e-mailadresse i begyndelsen af projektet og sende spørgeskemaet ud ved afslutningen, så vi i højere grad kan få tilbagemeldinger fra dem, som faldt fra. Derudover kan det aktivt promoveres på f.eks. Facebook, at vi ønsker at høre fra dem, der ikke deltog i træningerne.

Derudover er det begrænset, hvor mange der svarede på spørgeskemaerne ved midtvejs- og slutevalueringen (hhv. 101 og 72), hvilket er påfaldende med tanke på det høje deltagelsesniveau.

Dette bør være et særligt fokusområde for vores evalueringer af kommende træningstilbud. Samtidig var de yngre aldersgrupper svagt repræsenteret. Selvom vores målgrupper ofte er blandt de ældre aldersgrupper, så var det problematisk, at kun 1,5% af respondenterne var mellem 20 og 30 år. Det er derfor vigtigt fremadrettet at finde ud af, om de yngre aldersgrupper ikke deltog i træningen eller blot undlod at besvare spørgeskemaet.

Distributionsmetoderne gennem Facebook og YouTube har desuden gjort det svært at vide præcist, hvor mange der egentlig har været aktivt deltagende i træningerne. Facebooks 1-minuts visning giver det bedste præg, men der er stadig usikkerhed omkring, hvor mange der ser med i længere tid, og hvor mange der rent faktisk aktivt træner med. Dette er en balancegang, da videokonferencemedier som Zoom eller Microsoft Teams ville give bedre mulighed for at lave lukkede hold med bedre overblik over deres deltagelse, men omvendt vil det blive spredt i væsentlig mindre grad og komme ud til færre mennesker. Fremtidige projekter kunne med fordel se på mulighederne for at køre på begge typer medier, så der er træning til en bred målgruppe på f.eks. Facebook – som samtidig vil promovere projektet i sin helhed – samt mindre og mere specifikke hold med tilmelding på f.eks. Zoom.

Endeligt er evalueringsrapporten udtryk for en pragmatisk evaluering på det beskrevne udviklingsprojekt, hvor det tilgængelige data er anvendt bedst muligt, snarere end et egentligt forskningsprojekt. Dette er vigtigt at have for øje i gennemlæsningen, men bør også overvejes som forbedringspunkt i fremtiden for at højne vidensniveauet. Samtidig var det ikke inden for evalueringens sigte at skabe overblik over den eksisterende litteratur på området. Det ville ligeledes være en fordel i det fremadrettede arbejde.

5.3. Fremtidige perspektiver

Vi mener, der er vigtige perspektiver i teletræning – både til eventuelle lignende situationer i fremtiden og som supplement til træning, som vi kender det. Teletræning indenfor vores målgrupper kan være et vigtigt bidrag for at sikre kontinuerlig træning i hverdagen og kan være et værktøj til at opnå lighed i sundhed på tværs af geografi, økonomi, overskud og meget mere. COVID-19-pandemien stillede os – og gør delvist stadig – i en anderledes og ny verden, hvor det ene tilbud erstattede det andet. Dog mener vi ikke efter at have gennemgået evalueringen, at disse to måder at levere træning på bør ses som modsætninger, men snarere som forskellige modeller med hver deres fordele og ulemper, som oplagt kan kombineres og supplere hinanden. Her hæfter vi os også ved, at hele 83% af de adspurgte angiver, at de godt kunne forestille sig, at et sådan tilbud kunne indgå som en del af deres træning i fremtiden. Samtidig har projektet vist os, hvor omstillingsparate vi er, når det gælder, men også hvor vi godt kunne have prioriteret længere tid, og det har været rigtig givende læring ift. kommende projekter.

6. Referencer

1. Rogers NT, Waterlow N, Brindle HE, Enria L, Eggo RM, Lees S, Roberts CH. Behavioural change towards reduced intensity physical activity is disproportionately prevalent among adults with serious health issues or self-perception of high risk during the UK COVID-19 lockdown. *Front Public Health* 2020, 8, 57091.
2. Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, Coles B, Davies MJ, Seidu S, Khunti K. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr* 2020, 14(5), 965-967.
3. Flaherty GT, Hession P, Liew CH, Lim BCW, Leong Tk, Lim V, Sulaiman LH. COVID-19 in adult patients with pre-existing chronic cardiac, respiratory and metabolic disease: a critical literature review with clinical recommendations. *Trop Dis Travel Med Vaccines* 2020, 6:16.
4. Saqib MAN, Siddiqui S, Qasim M, Jamil MA, Rafique I, Awan UA, Ahmed H, Afzal MS. Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes Metab Syndr* 2020, 14(6), 1621-1623.
5. Anneken V, Hanssen-Doose A, Hirschfeld S, Scheuer T, Tietje R. Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2010, 48(5), 393-399.
6. Hicks AL, Martin KA, Ditor DS, Latimer AE, Craven C, Bugaresti J, McCartney N. Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord* 2003, 41(1), 34-43.
7. Agre JC. The Role of Exercise in the Patient with Post-Polio Syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 1995, 73, 321-334.
8. Stewart MJ, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Bogduk N, Nicholas M. Randomized controlled trial of exercise for chronic whiplash-associated disorders. *Pain* 2007, 128(1), 59-68.
9. Auyeung V, Bridgens R, Curtis A, Fabrowski M. Post Polio Syndrome- A guide to management for health care professionals. *The British Polio Fellowship* 2016, 5294321, 1-52.
10. Ginis KAM, van der Scheer JW, Latimer-Cheung AE, Barrow A, Bourne C, Carruthers P et al. Evidence-based scientific exercise guidelines for adults with spinal cord injury: an update and a new guideline. *Spinal Cord* 2018, 56(4), 308-321.
11. State Insurance Regulatory Authority. Guidelines for the management of acute whiplash-associated disorders – for health professionals. Sydney: NSW State Insurance Regulatory Authority, 2014, 1-63.

12. Davies CA, Spence JC, Vandelanotte C, Caperchione, CM, Mummery W. Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012, 9(1), 52.
13. Irgens I, Rekand T, Arora M, Liu N, Marshall R, Biering-Sørensen F, et al. Telehealth for people with spinal cord injury: a narrative review. *Spinal Cord* 2018, 56, 643–655.