

Kommissorium for Netværk for det Fysisk Aktive Hospital (NEFAH)

Baggrund

Dannelse af netværket

Med henblik på at fremme fysisk aktivitet blandt indlagte patienter på danske hospitaler og dermed reducere risikoen for funktionsevnetab afholdt en national initiativgruppe en række sparringsmøder i 2022-2023. På baggrund af disse møder blev idéen om en landsdækkende udbredelse konkretiseret, og i november 2023 blev en national netværksgruppe på tværs af hospitaler etableret. Netværket udsprang oprindeligt af fysioterapeutiske fagmiljøer, men havde fra begyndelsen ambitionen om at udvikle sig til et tværprofessionelt netværk. Netværket henvender sig i dag til fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, social- og sundhedsuddannede, samt andre relevante faggrupper.

Forskning understreger vigtigheden af at være fysisk aktiv under indlæggelse

Studier viser, at indlagte ældre patienter i gennemsnit tilbringer ca. 23 timer i døgnet liggende i sengen eller siddende i en stol (1-3). Lignende ses hos andre patientgrupper (4), fx intensivpatienter (5) og postoperative patienter (6). Det gælder også patienter, som selv kan komme ud af sengen og gå (1), hvilket tyder på, at et hospital ikke er et sted, hvor man naturligt er fysisk aktiv.

Op imod en tredjedel af ældre medicinske patienter oplever funktionsevnetab som følge af en hospitalsindlæggelse, og en tredjedel af disse har ikke genvundet tidligere funktionsevne 1 år efter udskrivelse (7). Det kan påvirke deres selvstændighed i at kunne forflytte sig, at komme rundt i eget hjem samt på- og afklædning, men i højere grad påvirker det også deres evne til selv at kunne foretage indkøb, husholdning, madlavning og medicinbehandling (8).

Inaktivitet under indlæggelse har flere negative konsekvenser. Studier, der har undersøgt betydning af sengeleje, har vist fald i både muskelmasse og -funktion allerede inden for de første 5 dage med sengeleje (9). Der er desuden påvist sammenhæng mellem nedsat fysisk aktivitet under indlæggelse og dødelighed hos den ældre medicinske patient (10).

Omvendt viser studier, at mobilisering og fysisk aktivitet under indlæggelse har flere gavnlige effekter. Blandt patienter indlagt med hoftefraktur, er tidlig mobilisering forbundet med nedsat forekomst af delirium (11) og komplikationer (12), og hurtigere genvinding af selvstændig mobilitet (13). Fysisk aktivitet har desuden en positiv indvirkning på patienternes følelsesmæssige og sociale velbefindende (14). Fysisk aktivitet bør derfor være en integreret del af alle patientforløb.

Især for ældre medicinske patienter er tidlig mobilisering og fysisk aktivitet afgørende for at forebygge funktionstab og reducere indlæggelsestiden (15). Selv i meget komplekse forløb for patienter med indlæggelse på intensiv afdeling er fokus på tidlig mobilisering og fysisk aktivitet relevant. Her viser et studie, at mobilisering støtter patienter på en intensiv afdeling i at blive mere aktive samarbejdspartnere i at begynde at bruge kroppen og genoptage fysisk aktivitet efter kritisk sygdom (16).

På trods af dette bliver tidlig mobilisering og fysisk aktivitet under indlæggelse ofte overset som en egentlig intervention (17), og ansvaret for mobilisering synes i mange tilfælde at være uafklaret (18). Dette indikerer, at der blandt alle sundhedsprofessionelle er behov for et øget fokus på fysisk aktivitet under indlæggelse.



Tværfagligt samarbejde om fysisk aktivitet

Der er bred international enighed om, at det kræver fokus fra alle sundhedsprofessioner på hospitalet, samt tværprofessionelle indsatser, at skabe et miljø, som understøtter fysisk aktivitet under en hospitalsindlæggelse (19). Mere fysisk aktivitet under en hospitalsindlæggelse kan ikke kun forebygge konsekvenser af inaktivitet, funktionsevnetab og tab af selvstændighed efter udskrivelse. I et større perspektiv kan det også lade hospitalsvæsenet levere et aktivt bidrag i kampen mod den globale inaktivitets-epidemi, som truer folkesundheden.

En litteraturgennemgang med henblik på at afdække viden om mulige barrierer for mobilisering af patienter blandt sygeplejersker viste, at de følte sig usikre ift. at mobilisere patienterne, og at der manglede en klar rollefordeling mellem de sundhedsprofessionelle i forhold til mobilisering (20). Ligeledes viser et studie udført i intensivt regi et behov for at præcisere den tværfaglige kommunikation mellem sundhedsprofessionelle for at afstemme forventningerne til mobilisering og fysisk aktivitet (21). Fundene tydeliggør, at der er behov for at sætte fokus på kulturen omkring mobilisering og fysisk aktivitet, og et behov for at sundhedsprofessionelle får et fælles sprog for funktionsevne, mobilisering og fysisk aktivitet.

Faglige perspektiver på fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet under indlæggelse kan tilgås forskelligt afhængigt af faglighed, patientens tilstand og konteksten for indlæggelsen. De sundhedsprofessionelle bidrager med forskellige perspektiver på, hvordan fysisk aktivitet kan styrkes, og disse kan samlet understøtte, at patienten er fysisk aktiv under indlæggelsen. Fysisk aktivitet kan eksempelvis styrkes gennem arbejde med og træning af meningsfulde daglige funktioner og aktiviteter, planlægning og understøttelse af målrettet mobilisering med afsæt i patientens ressourcer, fokuseret træning med henblik på at vedligeholde eller styrke funktionsevnen samt gennem vurdering af behandlingsmæssige og medicinske forudsætninger for fysisk aktivitet.

Den tværfaglige variation er en styrke, når indsatserne supplerer hinanden, da det giver mulighed for at skabe en sammenhængende indsats, hvor fysisk aktivitet bliver en integreret og naturlig del af patientforløbene.

Formål med NEFAH

Det nationale tværfaglige netværk har fokus på at understøtte implementeringen af mere fysisk aktivitet hos indlagte patienter på hospitaler i Danmark. Dette sker gennem vidensdeling, sparring og kompetenceudvikling med henblik på styrke opmærksomheden på fysisk aktivitet og de tværfaglige virkemidler, der kan fremme fysisk aktivitet under indlæggelse og reducere risikoen for funktionsevnetab.

Netværket arbejder for at etablere et fælles tværfagligt sprog om fysisk aktivitet, hvor fysisk aktivitet forstås som et bredt fælles anliggende på tværs af faggrupper. Målet er, at fysisk aktivitet anerkendes som en integreret del af behandlingsforløbet og ikke blot som et motionstilbud, og at meningsfuldhed og funktionsevne fortsat er centrale pejlemærker for indsatsen.

Mål – aktiviteter og sammensætning

NEFAH kan eksempelvis opnå sit formål via:

1. Vidensudveksling og kompetenceudvikling
 - Webinarer.



- Netværksdage.
2. Tværfaglighed
- Tværfaglig repræsentation i netværkets styregruppe og arbejdsgrupper.
 - Tværfaglig tilslutning til de årlige arrangementer.

Overordnet organisationsstruktur

Vi ønsker at fastholde en netværksstruktur, fordi den organisatorisk muliggør fleksibelt og ligeværdigt samarbejde på tværs af fagligheder og lokationer. Strukturen fremmer vidensdeling, engagement og lokal tilpasning, hvilket er afgørende for bæredygtige indsatser, der skal fremme fysisk aktivitet hos patienter under indlæggelse i et komplekst hospitalsmiljø.

A. Styregruppe (strategisk niveau)

Formål:

At sikre retning, fremdrift og forankring af netværkets arbejde.

Sammensætning og organisering:

Der tilstræbes at have:

- Repræsentanter fra hver af de 5 regioner.
- Repræsentanter fra initiativtagergruppen (for historik og forankring).
- En sammensætning med repræsentation fra forskellige faggrupper og organisatoriske niveauer.
- Der tages løbende stilling til sammensætningen af styregruppen.

Opgaver:

- Udarbejde og følge op på plan for aktiviteter (netværksdage, webinarer, evt. nyhedsbreve eller kampagner).
- Fordele ansvar for specifikke indsatser, herunder at nedsætte arbejdsgrupper.
- Varetage kommunikation med nationale samarbejdspartnere.
- Godkende kommunikationsmaterialer.

Roller og ansvar:

Ved afslutningen af hvert møde aftales næste møde og der udpeges en ansvarlig for planlægning.

Den ansvarlige:

- Indkalder til styregruppemødet.
- Udarbejder dagsorden.
- Udpeger forud for mødet en ordstyrer og referent.

Mødefrekvens:

2-4 gange årligt (virtuelt eller fysisk)

B. Arbejdsgrupper (operativt niveau)

Formål:

At løse konkrete opgaver og skabe indhold til netværkets aktiviteter.

Mulige grupper:

1. Gruppe for webinar
2. Gruppe for netværksdag – planlægning og gennemførelse af den årlige temadag.



3. Kommunikationsgruppe– udvikling af hjemmesiden, fælles materialer, nyhedsbreve, SoMe-opslag m.v.
4. Videns- og evidensgruppe – opsamling af ny viden, deling af praksiseksempler og forskning.
5. Ad hoc-grupper – nedsættes efter behov i relation til specifikke opgaver eller indsatser.

Sammensætning og organisering:

- Tværfagligt og med deltagere fra flere regioner.
- Mindst én repræsentant fra styregruppen i hver arbejdsgruppe for at sikre kobling til det strategiske niveau.
- Antallet af deltagere i den enkelte arbejdsgruppe fastsættes ud fra opgavens karakter og behov.
- Interesserede kandidater kan henvende sig på LinkedIn eller til en af styregruppemedlemmerne.
- Hver arbejdsgruppe vælger en ansvarlig for at koordinere gruppens indsats og sikre fremdrift. Rollen kan varetages af styregruppemedlemmet, men kan med fordel varetages af en anden deltager i arbejdsgruppen. Den udvalgte er ansvarlig, indtil opgaven er afsluttet.
- Arbejdsgruppernes varighed afhænger af den konkrete opgave eller indsats, de understøtter (fx webinar, temadag eller kommunikation).

Mødefrekvens:

Efter behov – afhænger af indsats/aktivitet og deadlines.

C. Ambassadørnetværk – alle medlemmer af netværket (forankrende niveau)

Formål:

At sikre lokal forankring og faglig spredning.

Sammensætning og organisering:

Ambassadørnetværket er alle, der har vist interesse, og som er på maillisten.

Opgaver:

- Formidle netværkets budskaber lokalt.
- Indsamle input og cases til netværket.
- Skabe synlighed om aktiviteterne.

Kommunikationsstruktur

Styregruppen har ansvaret for at:

- Etablere og drive en fælles platform til dokumentdeling og arbejdsgrupper.
- Afrapportere året der gik med aktiviteter og medlemmer af styregruppen.
- Der etableres en mailingliste til distribution af information og understøttelse af netværkets interne kommunikation.

Kommunikationsgruppen har ansvaret for at formidle:

- Nyheder ved behov for opsummering af aktiviteter, kommende events og gode eksempler.

Principper for samarbejdet

Vi arbejder for tværfaglighed, hvor samskabelse er en grundsten.



Transparens og videndeling er alfa og omega for at lykkes – alle dokumenter og beslutninger skal være åbent tilgængelige på NEFAH's hjemmeside.

Ansvar og opgaver fordeles og roterer, så alle får mulighed for at bidrage aktivt.

Netværket har ingen organisatorisk beslutningskompetence og får ikke tilført økonomiske midler.

Revidering af kommissorium

Kommissoriet gennemgås årligt i styregruppen.

Ændringslog

Dato	Version	Ændringer
December 2025	1.0	Første udgave.
April 2026	2.0	Ændringer i forhold til styregruppens opgaver.

Referencer

1. Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Lawson-Smith L, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(3):331-7.
2. Pedersen MM, Petersen J, Beyer N, Larsen HG, Jensen PS, Andersen O, et al. A randomized controlled trial of the effect of supervised progressive cross-continuum strength training and protein supplementation in older medical patients: the STAND-Cph trial. *Trials*. 2019;20(1):655.
3. Pedersen BS, Kirk JW, Olesen MK, Grønfeldt BM, Stefánsdóttir NT, Brødsgaard R, et al. Feasibility and implementation fidelity of a co-designed intervention to promote in-hospital mobility among older medical patients-the WALK-Copenhagen project (WALK-Cph). *Pilot Feasibility Stud*. 2022;8(1):80.
4. Fazio S, Stocking J, Kuhn B, Doroy A, Blackmon E, Young HM, et al. How much do hospitalized adults move? A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res*. 2020;51:151189.
5. Lehmkuhl L, Olsen HT, Brønd JC, Rothmann MJ, Dreyer P, Jespersen E. Daily variation in physical activity during mechanical ventilation and stay in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023;67(4):462-9.
6. Hansen MS, Kristensen MT, Zilmer CK, Berger AL, Kirk JW, Marie Skibdal K, et al. Very low levels of physical activity among patients hospitalized following hip fracture surgery: a prospective cohort study. *Disabil Rehabil*. 2025:1-10.
7. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(12):2171-9.
8. Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(3):486-95.
9. Di Girolamo FG, Fiotti N, Milanović Z, Situlin R, Mearelli F, Vinci P, et al. The Aging Muscle in Experimental Bed Rest: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Nutr*. 2021;8:633987.
10. Hastings SN, Choate AL, Mahanna EP, Floegel TA, Allen KD, Van Houtven CH, et al. Early Mobility in the Hospital: Lessons Learned from the STRIDE Program. *Geriatrics (Basel)*. 2018;3(4).
11. Kenyon-Smith T, Nguyen E, Oberai T, Jarsma R. Early Mobilization Post-Hip Fracture Surgery. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2019;10:2151459319826431.
12. Warren J, Sundaram K, Anis H, McLaughlin J, Patterson B, Higuera CA, et al. The association between weight-bearing status and early complications in hip fractures. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2019;29(7):1419-27.
13. Zilmer CK, Kristensen MT, Magnusson SP, Bährentz IB, Jensen TG, Zoffmann S, et al. Intensified acute in-hospital physiotherapy for patients after hip fracture surgery: a pragmatic, randomized, controlled feasibility trial. *Disabil Rehabil*. 2024;46(20):4725-34.
14. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs*. 2014;23(11-12):1486-501.
15. Kosse NM, Dutmer AL, Dasenbrock L, Bauer JM, Lamothe CJ. Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2013;13:107.
16. Lehmkuhl L, Dreyer P, Laerkner E, Tanghus Olsen H, Jespersen E, Juel Rothmann M. Getting the body back on track - Understanding the phenomenon of mobilisation when conscious and mechanically ventilated patients are mobilised in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;78:103450.
17. Surkan MJ, Gibson W. Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *Can J Cardiol*. 2018;34(7):881-8.
18. Kirk JW, Bodilsen AC, Sivertsen DM, Husted RS, Nilsen P, Tjørnhøj-Thomsen T. Disentangling the complexity of mobility of older medical patients in routine practice: An ethnographic study in Denmark. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214271.
19. Baldwin CE, Phillips AC, Edney SM, Lewis LK. Recommendations for older adults' physical activity and sedentary behaviour during hospitalisation for an acute medical illness: an international Delphi study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020;17(1):69.
20. Sæt mobiliseringen på dagsordenen. *Sygeplejersken - Fag og Forskning*. 2020:42-7.



21. Lehmkuhl L, Dreyer P, Laerkner E, Olsen HT, Jespersen E, Rothmann MJ. Mobilisation during mechanical ventilation: A qualitative study exploring the practice of conscious patients, nurses and physiotherapists in intensive care unit. J Clin Nurs. 2024;33(4):1493-505.

Godkendt april 2026

