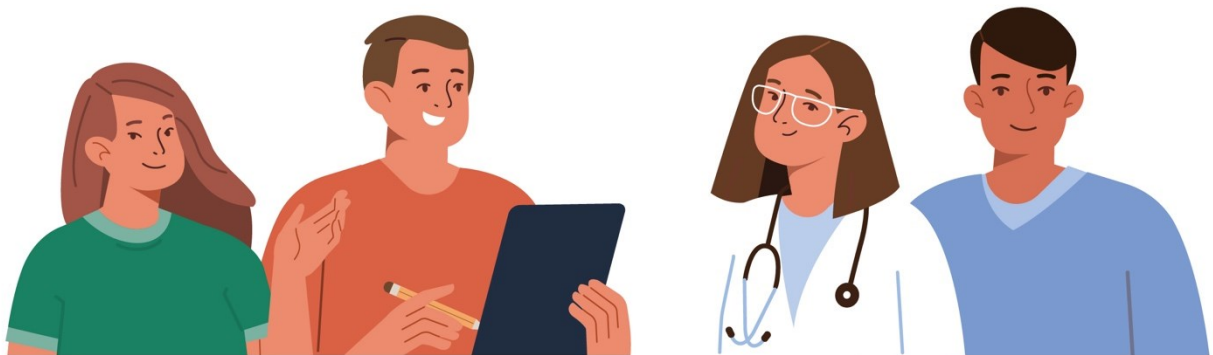


FÆLLES ANIMATIONSSTRATEGI

VIDENSOPSAMLING 2022



Udarbejdet af:
Center for Planlagt Kirurgi
Regionshospitalet Silkeborg

midt
regionmidtjylland



VIBORG
KOMMUNE

En stor tak for deltagelse af dataindsamlingen til følgende:

Hospitalsenhed Midt:

Ortopædkirurgi
Center for Planlagt Kirurgi
Kvindesygdomme og Fødsler
Sundheds IT, Administrationen
Kommunikation, Ledelsessekretariatet, Administrationen

Viborg Kommune:

Social, Sundhed & Omsorg – Madservice
Social, Sundhed & Omsorg, Aktivitet og Udvikling - Team Karup og Fjends
Social, Sundhed & Omsorg, Sundhedscenter Viborg - Team Sundhedsfremme og forebyggelse

WonWon. Brand- & Designbureau

Tak for faglig vejledning til:

Janni Strøm, Kvalitets- og Bæredygtighedschef, Capio Privathospital
Peter Vistisen, lektor, Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet

Tak for medfinansiering af vidensopsamling til:

Regional udvikling – Sundhedsinnovation, Region Midtjylland
Viborg Kommune
Hospitalsenhed Midt

Tak for faglig sparring i udarbejdelse af vidensopsamlingen

Styregruppen for vidensopsamling

Henriette Svenstrup Jensen, Projektleder Animation, Kultur & Udvikling, Viborg Kommune
Kristine Stange, Sundhedschef, Viborg Kommune
Karen Schmøkel, tidligere leder af Forskningsenheden Center for Planlagt Kirurgi, Hospitalsenhed Midt
Cecilia Honores Møller, Kommunikations- og sekretariatschef, Administrationen, Hospitalsenhed Midt
Kasper Kolind, Kontorchef, Koncern Kommunikation, Region Midtjylland
Pia Wiborg Astrup, Teamleder, Regional Udvikling, Sundhedsinnovation, Region Midtjylland
Josephine Fenge Birk Nielsen, AC-fuldmægtig, Administrationen, Hospitalsenhed Midt
Kristian Birkemose Haugaard, Udviklingskonsulent, Regional Udvikling, Sundhedsinnovation, Region Midtjylland

Styregruppe for animationsstrategien

Henriette Svenstrup Jensen, Projektleder Animation, Kultur & Udvikling, Viborg Kommune
Brian Kristiansen, Specialkonsulent, Social, Sundhed & Omsorg og Beskæftigelse, Viborg Kommune
Mette Bredsgaard, Leder af Sundhedscenter Viborg, Viborg Kommune
Jens Refsgaard, Cheflæge Hjertesygdomme, Hospitalsenhed Midt
Kian Mejdal, Patientinformationsredaktør, Hospitalsenhed Midt
Jette Hingebjerg, Leder af Aktivitet & Udvikling, Viborg Kommune

Forretningsudvalg

Thomas Balle Kristensen, hospitalsdirektør, Hospitalsenhed Midt

Kristine Stange, Sundhedschef, Viborg Kommune

Mette Andreassen, direktør for Social, Sundhed og Omsorg, Viborg Kommune

Henriette Svenstrup Jensen, Projektleder Animation, Kultur & Udvikling, Viborg Kommune

Betina Engholm, direktør, Viborg Visuals og Fonden Arsenalet

Cecilia Honeres Møller, Kommunikations- og sekretariatschef, Administrationen, Hospitalsenhed Midt

Rapporten er udarbejdet af:

Kvalitet og udvikling, Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi:

Spor 1A: Katja Thyra Pedersen, forskningsassistent, cand.it.

Spor 1B: Line Borreskov Dahl, leder af forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, cand.scient.san.,
liedhl@rm.dk og Pernille Blom Pedersen, Forskningsassistent, cand.scient.san.publ., peblpe@rm.dk

Spor 1C: Kristoffer Arildsen Jørgensen, forskningsassistent, cand.scient.san.publ.

Kontakt:

Line Borreskov Dahl, leder af Forskningsenheden, Center for Planlagt kirurgi, cand.scient.san., liedhl@rm.dk

Indholdsfortegnelse

1.	INDLEDNING	5
2.	BAGGRUND	7
3.	Spør 1A: Leverandørens valg og kreative proces	11
3.1.	Formål for 1A	11
3.2.	Metode	11
3.3.	Resultater og analyse - Spør 1A	12
3.4.	Delkonklusion 1A	23
4.	Spør 1B: Effekt på borgernes evne til at genkalde sig information.....	27
4.1.	Formål for spør 1B	27
4.2.	Metode	27
4.3.	Resultater og analyse	32
5.	Spør 1C: Arbejdsprocesser og brugerinvolvering.....	36
5.1.	Formål for spør 1C.....	36
5.2.	Metode	37
5.3.	Resultater og analyse	38
5.4.	Delkonklusion 1C.....	46
6.	SAMMENFATNING	48
7.	KILDER.....	52
	Bilag 1.....	55
	Spørgeskema vedrørende designvalg	55
	Bilag 2.....	76
	Bilag 3.....	77
	Bilag 4.....	83
	Bilag 5.....	90

1. INDLEDNING

Sundhedsvæsenet er til for borgerne, og der er derfor fokus på, at borgene inddrages i beslutninger vedrørende eget forløb. Målet er, at borgerne skal have den bedste behandling med deres egne præferencer som udgangspunkt. Dette gør kommunikationen mellem sundhedsvæsenet og borgeren mere betydningsfuld for folkesundheden end nogensinde før (1-3). Der er en relativ høj andel af borgere med lav sundhedskompetence, hvilket forringer deres evne til at optage, forstå og anvende sundhedsinformation givet til dem, både skriftligt og mundtligt (4). Kommunikationen mellem borgeren og det offentlige er i stigende grad digital, hvilket ligeledes stiller krav til borgeren om digitale kompetencer. Udfordringen kan være, at ikke alle borgere har de samme forudsætninger og kompetencer til at forstå og tilgå den information og de digitale løsninger, som de bliver givet. Dette kan være et problem for folkesundheden, da det kan medvirke til en stigende ulighed i sundhed i Danmark. Borgere med lave sundhedskompetencer og lave digitale sundhedskompetencer risikerer mindre udbytte af sundhedsydelser, dårligere helbred og flere hospitalsindlæggelser (4-6). Det er derfor vigtigt at skabe kommunikation, som er god og fyldestgørende, og som samtidig er let at forstå og tilgå for alle, således det medvirker til at øge borgernes udbytte. Studier påviser en positiv effekt på evnen til at genkalde sig information hos borgerne med lave sundhedskompetencer, ved brugen af funktionelle animationsfilm sammenlignet med information på skrift (7, 8).

Derfor har Hospitalsenhed Midt (herefter HE Midt) og Viborg Kommune udarbejdet en fælles animationsstrategi målrettet mod en forbedring af borgeres forståelse af sundhedsinformation gennem animationsfilm. Animationsstrategiens vision er at være nytænkende inden for sundhedsformidling, ved blandt andet at anvende animationsfilm som en visuel måde at kommunikere på, da det kan gøre sundhedsinformation mere overskuelig og dermed give borgerne bedre mulighed for at optage og genkalde sig viden. Håbet er ligeledes, at animationsfilm kan støtte borgerne i at blive selvhjulpne i deres forløb og mindske ulighed i sundhed. Strategien skal generere mere viden og erfaringer, som kan bruges af relevante aktører i fremtiden.

I år 2021 blev første fase af animationsstrategien igangsat med ti animationsprojekter til brug i patient- og borgerinformation. I den forbindelse var der et ønske om at indsamle viden og erfaringer fra partnere og aktører i produktionen af animationsprojekterne. Den indsamlede viden bliver afrapporteret i denne rapport og giver konkrete anbefalinger til, hvordan produktionen og udviklingen af animationer mest effektivt kan forbedre borgernes evne til at genkalde sig information. Derudover betyder den løbende udvikling af klinisk praksis, at det er nødvendigt at sikre, at animationsfilm er

økonomisk rentabelt, hvorfor det er vigtigt at undersøge, hvor detaljerede animationsfilmene skal være, før borgerne får det ønskede udbytte. Afslutningsvis undersøges arbejdsgange og processer i de forskellige projekter. Animationsstrategiens vidensopsamling skal være med til at undersøge og udvikle på affordable animation til en fremtidig skalérbar animationsstrategi. Affordable animation defineres i animationsstrategien som, at animationsfilm opnår de kendte effekter hos borgerne, men samtidig er mere økonomisk tilgængeligt for sundhedsvæsenet gennem effektive arbejdsprocesser og simple formater. Resultaterne skal indgå i en operationel "how-to guide", som beskriver, hvordan personale i kommuner og på hospitaler konkret kan gå frem i et animationsprojekt og mere effektivt producere animationsfilm, hvis formål er at forbedre borgernes evne til at genkalde sig information og deraf optimal anvendelse af sundhedsinformationer. Projektet ses som en nødvendig byggesten i videreudviklingen af den fælles animationsstrategi i HE Midt og Viborg Kommune.

Dataindsamlingen og bearbejdning af data varetages af Center for Planlagt Kirurgi i Hospitalsenhed Midt med vejledning fra Aalborg og Aarhus Universitet

Vidensopsamlingens formål undersøges i tre spor:

Spor 1A: Leverandørens valg og kreative proces undersøges. Alle ti projekter i animationsstrategien inkluderes.

Spor 1B: Det undersøges, hvorvidt detaljegraden af animationsprojekterne kan have indflydelse på effekten af filmene, og dermed om det har indflydelse på borgernes evne til at genkalde sig sundhedsinformation. Det samme undersøges i en særskilt analyse af den gruppe af borgere, der har lavest digitale sundhedskompetencer. To animationsprojekter inkluderes.

Spor 1C: Arbejdsprocesser og brugerinvolvering undersøges. Indsigter fra alle ti animationsprojekter samles ind.

2. BAGGRUND

Der er sket et paradigmeskifte inden for folkesundhedsvidenskaben. Tidligere har de sundhedsprofessionelle været orienteret mod udvikling og årsager til sygdom og et sygdomsforløb var tilrettelagt af sundhedsprofessionelle, og det var ikke altid på borgerens præmisser. I det nye paradigme er der større fokus på årsager til og udvikling af sundhed, og hvor et bredere sundhedsbegreb præsenteres og med mere fokus på borgerinvolvering i sygdomsforløb. Der er dermed sket et skifte fra en biomedicinsk tilgang til en mere bio-psykosocial tilgang (1-3).

Paradigmeskiftet har medført flere og mere komplekse opgaver i sundhedsvæsenet, og i den forbindelse er der opstået et nyt behov for mere kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, samt højere krav fra borgernes side. Sundhed har fået en større plads i danskernes bevidsthed end førhen, hvilket også har medført, at sundhed i dag rangerer højt på den politiske dagsorden (9). En anden årsag til den politiske opmærksomhed er, at presset på sundhedsvæsenet er steget markant inden for de seneste årtier, og at der derfor er behov for at optimere og prioritere ressourcerne på en anden måde (10, 11). I takt med det øgede pres, er udgifterne til sundhedsvæsenet ligeledes vokset markant sammenlignet med udviklingen af udgifterne i andre offentlige sektorer. Udgifterne og presset er ikke udelukkende steget grundet den voksende befolkning, for selvom befolkningstallet steg med 5% fra 2008 til 2017, steg både de ambulante behandlinger og indlæggelser af voksne med henholdsvis 34% og 17% (11). Presset fra de stigende udgifter kan skyldes flere ting, heriblandt en ændret befolkningssammensætning, med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder, samt flere muligheder inden for behandling og diagnosticering, som blandt andet gør det muligt at leve i længere tid med flere behandlingskrævende sygdomme (12).

Borgerinddragelse og digitale løsninger

Med paradigmeskiftet, og det øgede fokus på et effektivt og godt forløb, er nye begreber som borgerinddragelse opstået. Borgerinddragelse omhandler, som navnet indikerer, inddragelse af borgeren og borgerens viden, og sætter samtidig borgeren i centrum i deres eget forløb. Der er en forventning om et større engagement fra borgerens side samt et ønske om, at der tages ansvar for eget forløb (1, 2, 13, 14). For at den stigende borgerinddragelse skal fungere mest hensigtsmæssigt og dermed skabe mere kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, er det vigtigt, at kommunikationen mellem borger og sygehus er god. Dermed er kommunikationen mellem sygehus og borger mere betydningsfuld end førhen, og god borgercentreret kommunikation kan være afgørende for et godt og effektivt borgerforløb (15). Kommunikationen skal være fyldestgørende, af god kvalitet og tilpasset

borgeren, således at modtageren forstår den information, der bliver givet. Med et stigende behov for at kunne kommunikere med borgerne samt at producere god information, er det vigtigt at produktionen af sundhedsinformation og kommunikationen mellem borgeren og sygehuset bliver bæredygtig og effektiv. Da sundhedsvæsenet, og den viden, der er inden for sundhed, hele tiden er under forandring, er det vigtigt at kunne ændre og opdatere informationen løbende, hvilket kan være en udfordring, da det både er dyrt og omfattende (15).

Problemer og udfordringer bliver i dag ofte mødt med teknologiske løsninger, og dette gør sig også gældende i sundhedsvæsenet, hvilket blandt andet ses i måden, hvorpå behovet for mere kommunikation mellem borger og sundhedsvæsen imødekommes (15, 16). Digitaliseringen har generelt en stigende plads i samfundet, hvilket også kan ses i målinger foretaget af Danmarks Statistik, der viser, at 97% af alle familier i Danmark har adgang til internet i eget hjem, og at det er meget udbredt blandt danskerne at bruge internettet til at søge efter helbredsrelaterede oplysninger (17). I 2010 brugte cirka 50% af alle danskere mellem 19-89 år internettet til at opsøge sundhedsinformation, hvorimod det i 2020 gjorde det sig gældende for næsten 75% i samme aldersgruppe (17). Samme udvikling ses blandt andre sammenlignelige lande (17). Det er i høj grad kvinder, personer i aldersgruppen 25-55 år og dem med mellemlang og lang uddannelse, som bruger internettet til at finde sundhedsinformation (17).

I takt med den stigende digitalisering i det danske samfund er det naturligt, at sundhedsvæsenet ligeledes fremmer de digitale løsninger, hvilket også resulterer i, at det danske sundhedsvæsen er langt fremme, når det kommer til udviklingen og brugen af digitale løsninger (15). Blandt andet har Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner udformet en rapport om en fælles strategi for digital sundhed, som skal bidrage til et mere sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle ved hjælp af digitale indsatser på sundhedsområdet (15). Allerede nu er store dele af sundhedsvæsenet digitalt understøttet med et ønske om, at det fører til en mere sikker og effektiv behandling af borgerne. Rapporten peger på, at digitale løsninger kan effektivisere administrative processer og arbejdsgange for de ansatte, hvilket gør, at sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcerne anderledes og bedre (15). Digitaliseringen i sundhedsvæsenet i Danmark indebærer blandt andet digital kommunikation mellem sundhedssystemet og borger, fælles medicinkort (FMK) og Sundhed.dk, hvor det siden år 2003 blandt andet har været muligt for borgerne selv at tjekke journaler og testresultater (15, 17). Telemedicin, digitale platforme og andre teknologiske tiltag er ligeledes udviklet med det formål at give bedre mulighed for adgang til sundhed og pleje til alle samt facilitetere

borgerinddragelse. Hensigten med digitalisering er, udover ønsket om mere effektivitet og kvalitet, at fremme en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet give bedre muligheder for, løbende at opdaterer og regulerer information og frigive arbejdskraft til andre vigtige opgaver (15, 18, 19).

Borgernes kompetencer

Den øgede borgerinddragelse stiller krav til både de sundhedsprofessionelle og borgerne. De sundhedsprofessionelle skal så vidt muligt kunne tilpasse informationen til borgeren for at give borgeren mulighed for at træffe informerede valg. Borgere kan opleve, at det kræver flere kompetencer at navigere i sundhedsvæsenet end førhen, og at dette kan påvirke deres forløb. Et relevant begreb er i denne sammenhæng Health Literacy, på dansk kaldet sundhedskompetencer, som beskrives som individers evne til at læse, forstå, tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information (20). Borgere med lave sundhedskompetencer har dermed forringede muligheder for at optage, forstå og anvende den sundhedsinformation, der bliver givet til dem, både skriftligt og mundtligt. Lave sundhedskompetencer er relativt udbredt, og et europæisk studie fra 2011, der inkluderer otte lande og i alt 8000 deltagere, finder, at op imod hver tredje borger (35%) har utilstrækkelige sundhedskompetencer (4, 21). Et dansk studie af Svendsen et al. udført mellem år 2016 og 2017, med tæt på 16.000 deltagere, viser, at næsten fire ud af ti danskere har problemer med at tilgå, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformation, mens over 8% har utilstrækkelig sundhedskompetence, og 31% har problematisk sundhedskompetence (22). Desuden viser studier, at komorbiditet er forbundet med et lavere niveau af sundhedskompetence, og at denne sammenhæng kan være forstærket af, at denne patientgruppe har mere komplekse forløb og derfor rapporterer om større vanskeligheder ved at forstå information og indgå i et samarbejde med sundhedspersonalet (23). Et systematisk review påviser en sammenhæng mellem lave sundhedskompetencer og øget sygelighed og dødelighed, og lave sundhedskompetencer forbindes ligeledes med et større forbrug af akutfunktioner og mindre brug af forebyggelsesinitiativer og oftere et øget medicinindtag (5). Borgere med lav sundhedskompetence risikerer dermed dårligere helbred og flere hospitalsindlæggelser, hvilket koster mange penge for samfundet (4-6).

Hvor der i forvejen forventes meget af borgerne og deres kompetencer samt muligheder for at modtage, forstå og anvende sundhedsinformation, tilføjer digitaliseringen yderligere krav til listen, da det bliver en forudsætning, at borgere formår og har lyst til at anvende teknologiske løsninger(24, 25). Disse kompetencer er samlet til en fælles betegnelse kaldet digital sundhedskompetence (engelsk eHealth

Literacy eller digital health literacy), og beskrives som evnen til at identificere og definere et sundhedsproblem, at kommunikere, søge, forstå, vurdere og bruge digital information og velfærdsteknologier i en kulturel, social og situationel sammenhæng og velovervejede bruge den opnåede viden til at løse sundhedsproblemet (25).

Til trods for fordelene ved at digitalisere sundhedsvæsenet er der en risiko for, at der opstår utilsigtede konsekvenser, da studier viser at digitale løsninger kan være med til at øge den sociale ulighed i sundhed (17, 26). Det tyder på, at ældre over 60 år, borgere med lav socioøkonomisk status samt lav uddannelse har lavere digitale sundhedskompetencer sammenlignet med resten af samfundet. Denne gruppe oplever ligeledes flere problemer med at anvende og få det fulde udbytte af digitale sundhedsydelser (19, 27, 28). Dette problematiseres yderligere, da ældre og individer med lav socioøkonomisk status samtidig har et stort forbrug af sundhedsydelser (29, 30). Den øgede digitalisering kan dermed gøre, at det bliver sværere at nå ud til de personer, der er i sundhedsrisiko, da borgere med lave digitale sundhedskompetencer, lav uddannelse, lav socioøkonomisk status samt ældre er mindre tilbøjelige til at anvende og kommunikere gennem diverse sundhedsteknologier (19).

Kommunikation gennem animation

Med ønsket om at skabe god og meningsfuld sundhedskommunikation for alle har der været et behov for anderledes former for kommunikation mellem borger og sundhedsvæsen end de hidtil dominerende. En af de fremtrædende løsninger har i de seneste år været at udsende sundhedsinformation gennem funktionelle animationsfilm. En af udfordringerne ved øget involvering og brugen af teknologiske løsninger er, at en stor del af informationen i sundhedsvæsenet kommer på skrift i eksempelvis e-Boks, hvilket kræver både digitale kompetencer og gode læseegenskaber (8). Tidligere studier konkluderer, at animation kan hjælpe borgere med lave sundhedskompetencer til bedre at forstå symptomer og behandling relateret til, samt at de kan forbedre denne gruppe af borgeres evne til at genkalde sig sundhedsinformation (7, 8, 31). Derudover har animationsfilm den fordel, at de både kan være underholdende og lærerige på én gang, hvilket er med til at få seerens opmærksomhed (7, 8). Kombinationen af animerede film og oplæst tekst er særlig brugbar, når der skal kommunikeres kompleks sundhedsinformation til borgere med lave sundhedskompetencer. Derudover tyder det på, at borgere med høje sundhedskompetencer ikke påvirkes negativt. (7, 31). Animationsfilm kan dermed være med til at udjævne forskelle i forståelsen mellem borgere med henholdsvis høje og lave sundhedskompetencer.

Animationsfilm kan dog være bekostelige, da de tager lang tid til at producere og kræver vedligeholdelse, når der sker ændringer i praksis. Det er dermed vigtigt at undersøge, hvordan en animationsfilm kan udvikles økonomisk bæredygtigt og stadig kan styrke borgerens evne til at genkalde sig information.

3. Spor 1A: Leverandørens valg og kreative proces

Tidligere undersøgelser har det tilfælles, at deres fokus er på, hvorvidt borgerne kan forstå den animerede sundhedsinformation, hvoraf der ses et manglende fokus på ræsonnementet bag de designvalg, som er blevet taget i løbet af udviklingsprocessen, og som muligvis kan påvirke, hvorvidt sundhedsanimationerne har deres hensigtsmæssige virkning. Dette kan være designvalg såsom bevægelse (animationsdelen), speaken (manuskriptdelen) eller valg af ikoner. Der ses et behov for at undersøge udviklingsprocessen for at forstå, hvorfor de forskellige designvalg træffes. Hvad sker der, hvis der justeres på designvalgene og sidst men ikke mindst, hvordan påvirker disse valg det endelige produkt.

3.1. Formål for 1A

Formålet med spor 1A er at undersøge og beskrive, hvilke designvalg der er blevet taget i animationsproduktionerne, hvilke begrundelser der ligger bag, samt hvilken læring der kan udtrækkes fra dette. I analysen er der fokus på specifikt at undersøge datasættet for “dyre designvalg/elementer” ift. et fokus på at kunne skabe “affordable animation”, og derudover at undersøge, hvordan tidligere forskning, test og guidelines (herunder tidligere design patterns) har bidraget eller kan bidrage i fremtiden ift. designvalg i animationsproduktionerne.

3.2. Metode

I det følgende afsnit præsenteres materiale og metoder, som danner grundlaget for vidensopsamlingens spor 1A.

Grundlaget for vidensopsamlingens spor 1A er en kombination af kvalitative interviews med animatorerne, som tager udgangspunkt i spørgeskemaer vedrørende designvalg og en brugertests af animationsfilmene.

3.2.1. Interviews og spørgeskemaer:

For at opnå indsigt om animatorernes valg, oplevelser og kreative proces, blev der foretaget interviews, som tog udgangspunkt i spørgeskemaer vedrørende designvalg. Der blev foretaget ni interviews, som

alle foregik virtuelt, og på den måde, at animatorerne skulle besvare spørgeskemaer, mens interviewerens fulgte med og stillede uddybende spørgsmål. Spørgeskemaerne (se bilag 1) tog udgangspunkt i det framework, som blev udviklet og anvendt i forbindelse med Animation På Tværs, baseret på teori om diskurser samt animationsteorier (32).

3.2.2. Transskribering og Analysestrategi:

Interviewene blev transskriberet i fuld længde for at gøre data klar til analyse. Efterfølgende blev data kodet i Nvivo, hvor der blev foretaget en tematisk analyse for at undersøge, hvad deltagerne taler om, og om der er sammenhænge eller modsigelser og ting, der går igen.

Resultaterne fra spørgeskemaer blev opstillet i skemaer for at gøre data mere overskuelig, og for at kunne stille svarene fra de forskellige animatorer op mod hinanden.

3.2.3. Brugertests:

Derudover er der foretaget brugertests af animationsfilmene fra animationsprojektet gennemført i Center for Planlagt Kirurgi. Her blev der faciliteret en fremvisning af animationsfilmen af to medarbejdere fra forskningsenheden, og derudover var den animator, som stod bag animationsfilmen til stede for at kunne besvare eventuelle spørgsmål undervejs. Derudover var der en observator til stede, som observerede og skrev feltnoter over, hvad der blev sagt og gjort. Der blev inkluderet seks borgere, to kvinder og 4 mænd, som alle sammen var 50+.

3.2.4. Etik

Alle deltagere havde mulighed for at læse skriftlig information om undersøgelsen, inden samtykke blev givet, samt mulighed for at kontakte projektlederen ved behov for yderlig uddybelse. Deltagerne blev adspurgt, om de ville give informeret samtykke, inden de udfyldte spørgeskemaet. Da undersøgelsen er et kvalitetsprojekt, har det ikke været nødvendigt med godkendelser fra Videnskabs Etisk komité og Regionsrådet.

3.3. Resultater og analyse - Spor 1A

I det følgende præsenteres resultater og analyse af de transskriberede interviews, de dertilhørende spørgeskemaer, brugertests og design dokumenter.

3.3.1. Animationsvirksomheder

Dette afsnit giver en indsigt i animatorernes eget syn på deres rolle i animationsprojekterne.

Indsigten er opnået gennem interviews med animatorerne.

Undervejs i animationsstrategien er det blevet klart, at animatorerne positionerer sig selv på vidt forskellige måder, hvortil de har forskellige tilgange til de animationsprojekter, som de har fået udleveret. I dette afsnit bliver det ikke konkluderet, hvilken tilgang, som er den mest rigtige. Formålet er at belyse de forskellige roller og tilgange, som animatorerne kan have til en animationsopgave. Det belyses ligeledes, hvordan denne tilgang og deres rolle kan påvirke designvalgene i den endelige animationsfilm. Eksempel 1 og 2 viser, hvordan animatorerne ser sig selv og deres rolle ift. at arbejde med forskellige formater af animation:

Eksempel 1

Interviewer: *”Ja, det er igen det her med, hvorfor har du valgt at bruge animated forms og hvorfor for eksempel ikke lave noget af det med oprigtige optagelser, altså sådanne liveoptagelser eller så videre. Altså hvad gjorde, at du tænkte, at animated forms var det rigtige valg i den her kontekst?”*

Animator: *”Jamen prøv at høre, jeg laver jo ikke video, og det er en animationsstrategi. Så selvfølgelig laver jeg ikke video. Der er måske nogle, der har lavet, men jeg er animator, jeg er nødt til at lave en animationsfilm. Så i den her film der har jeg... Altså det der er dyrt, det er, hvis man skal til at lave en helt masse mennesker, der hopper, danser og går rundt og taler med hinanden i nogle lokaler, der er genkendelige. Så derfor, så har jeg bare valgt at sige, at hvordan kan vi stadigvæk tegne mennesker. Jamen så laver, i stedet for en animation, så laver vi en illustration. Og en illustration står stille, forstår du det?”*

Eksempel 2

Animator: *”Vi kunne ikke tegne sirup, der løber af en ske. Folk ville bare sige, hvad er det, der kommer af det der Eller sådan noget. Man skulle sige det i speaken, og så er det pointless på en eller anden måde. Så er det både show and tell på en eller anden måde (mmm [begræftende]). Det var der ikke grund, altså det kan vi godt gøre, det er ikke det, men det var sådan, hvorfor så ikke bare optage det, så folk kan se, hvad det er? Men vi vil aldrig kunne*

tegne det på en måde, hvor folk de bare sådan tænkte nå, her har de tegnet sirup, der løber af en ske.

(...) Og ja, det ville være fantastisk at lave i fremtiden på mange andre projekter, fordi vi springer en hel masse over og kan egentlig bare fokusere på at organisere fortællingen på en måde. Nu har vi de her optagelser, så er det noget spørgsmål om, hvad skal der komme forinden og efter og så videre. Og det er jo der, altså det er der, hvor vi altid bruger det meste af vores krudt, for det er jo så megaspændende altid at arbejde med.”

Det er vigtigt at påpege, at der i eksempel 1 ikke nødvendigvis var brug for at implementere ‘virkelige’ billeder eller video i denne specifikke kontekst/animation. Eksemplet viser dog, hvordan to forskellige animatører har tilgået deres opgave forskelligt, og hvorfor det kan være essentielt at forventningsafstemme med animatørerne på forhånd.

3.3.2. Omkostningstunge processer

Dette afsnit har til formål at undersøge omkostningstunge processer gennem spørgeskemaer udfyldt af animatørerne samt ved hjælp af opfølgende interviews. Ligeledes er der lavet en brugertest af en simpel og budgetvenlig animationsfilm for at undersøge modtagerens oplevelse af ”affordable animations”.

I spørgeskemaet, som er udfyldt af animatørerne ud fra de specifikke animationsprojekter, blev animatørerne stillet spørgsmålene: ‘Hvilke form- og indholdsvalg har været 'dyrest' at lave (ift. tid, sværhedsgrad, osv.)?’ og ‘Hvilke form- og indholdsvalg har taget dig længst tid at lave (inkl. tiden brugt på overvejelser og forskellige variationer)? (Baggrunden i animationen, bevægelse fidelity, animerede mennesker, lydeffekter, metaforer/hverdagssituationer osv.)’

En oversigt over udvalgte besvarelser kan ses i bilag 2. Her skal det dog pointeres, at de omkostningstunge designvalg kan afhænge af både animatørernes personlige arbejdsproces, men også animationsprojektets tema samt kontekst og samarbejdspartnere – i dette tilfælde de sundhedsprofessionelle.

Besvarelserne tyder på, at der er et mønster i, hvilke områder der er omkostningstunge, og at det også er de omkostningstunge processer, som har taget lang tid for animatørerne. Især udarbejdelsen af manuskriptet (herunder speak, skrivning, struktur, rettelser og research (i nogle tilfælde), animation

(bevægelse fidelity) og illustrationer (grafisk fidelity) har vægtet tungt, både omkostnings- og tidsmæssigt.

Hvad kan de sundhedsfaglige gøre?

I starten af produktionen af animationsfilmene vil der ligge en research-fase og skabelse af manuskriptet (herunder skrivning, struktur og speak) til animationen. Dertil vil der selvfølgelig være mulighed for rettelser i manuskriptet. I denne del af processen har animatorerne i nogle tilfælde oplevet udfordringer i mødet med de sundhedsfaglige, hvilket har været omkostningstungt på især rettelser og tid. Eksempler på dette er følgende:

Eksempel 1

”Arbejdsgruppen havde ikke en klar idé eller et ønske om et specifikt tema - de havde mange forskellige ønsker, der ikke alle kunne kombineres. Derfor skulle vi bruge tid på at nå til enighed i starten - og det kostede adskillige omskrivninger af manuskript og koncept.”

Eksempel 2

”Der kom lige nogle sidste øjeblikkrettelser, som kom for sent i øvrigt og sådan noget, som kan gøre, at vi er nødt til at tage i lydstudiet igen, fordi der er nogen, der vil have en ekstra sætning. Det har vi for eksempel prøvet med Novo Nordisk... At man finder ud af, at der er noget, der er blevet udtalt forkert, eller vi skal have lavet en sætning om, men personen har ikke haft tid til at se filmen tidligere, så vi kunne ikke have reddet det før. Så det vil sige, at vi skal bruge noget tid og kræfter på at gøre det én gang til.”

Eksempel 3

”Altså man kan sige, at nogle gange har jeg jo arbejdet lidt i blinde, fordi klinikerne har ikke haft tid til at svare på mine spørgsmål, og de har nærmest kun sagt ja, hvis de vidste, at ”okay, det her kræver kun to møder med dem”, og så kan de altså heller ikke overskue mere, fordi de er så overbebyrdet. Jeg har også fået stukket nogle patientvejledninger i hænderne, som ikke gav mening, hvor jeg så siger; nå okay, men de her mennesker, de har jo så ikke tid til at afsætte en time med mig, og forklare, hvordan det hænger sammen. Så har jeg selv taget fat i eget netværk, og kaldt en diabetiker ind, og spurgt; ”Er det her noget indforstået noget for diabetikere, fordi jeg forstår det ikke, kan du fortælle mig, hvad det her betyder?”. Så sagde hun; ”Nej, det giver faktisk ikke mening, altså de skulle have skrevet det på den her måde”, så

havde man forstået, hvad det var. Så har jeg så også bare selv siddet og lavet et kæmpestort arbejde og skrevet sindssygt mange noter og så prøvet at skabe mit bud. Altså, jeg er bare en fucking animator ikke? Men mit bud på hvordan deres film skal udformes, og så sidder jeg og udvælger information, der skal ind i filmene. Mit arbejde har så heldigvis været rigtig grundigt, fordi de har accepteret det, jeg er kommet med, og sagt ja langt hen ad vejen til meget mere end jeg forventede, men jeg sidder rigtig meget og laver noget arbejde, som kunne have været gjort hurtigere, hvis de havde været bedre klædt på til at bestille den her opgave. ”

Det tyder dermed på, at de sundhedsprofessionelle bør forberede sig bedre, og at der bør være mere klarhed om, hvad der skal kommunikeres gennem animationsfilmene. Derudover bør der afsættes tid til møder og indsigtssfasen, så de sundhedsprofessionelle har mulighed for at hjælpe animatorerne med de oplysninger, som er uden for animatorernes fagområde.

Hvad kan animatorer gøre?

Det er vigtigt at understrege, at de ti animationsprojekter i animationsstrategien alle er blevet produceret under tankegangen ‘affordable animation’. Det vil sige, at animationerne allerede i de fleste tilfælde er “budgetversionen”, hvilket betyder, at vi ikke nødvendigvis kan gøre animationerne mere simple eller billigere, end hvad de har været under dette projekt, da der allerede er arbejdet med at formindske bevægelsen (animation) og at inddrage færre grafiske detaljer. Derudover kan en animation rent visuelt være meget simpel, men stadigvæk dyr, da det kan tage lang tid at koge en masse information ned til et simpelt sprog (audiovisuelle/temporale format). Dermed menes der ikke nødvendigvis mindre detaljeret grafik og bevægelse, når der bliver sagt simpel animation. Det kan også betyde en generelt mere simpel proces.

Generelt er der blevet arbejdet ud fra mantraet om villigheden til at lege med formatet (f.eks. udelukkende brug af animatic, generelt simpel bevægelse og simple illustrationer m.m.), både inden for områderne *illustrationer (grafik)* og *animation (bevægelse)*. Det betyder dog ikke, at alle animationerne kan holdes i den simple stil. Her kan bl.a. konteksten og målgruppen spille ind.

De forskellige animationer i projektet har brugt forskellige niveauer af grafik og bevægelse. Alle animationerne er dog i den mere simple ende især ift. bevægelse. Animatorernes valg af grafik og bevægelse kan ses tabel 1. Kategoriseringen af grafisk fidelity og bevægelses fidelity kan ses i spørgeskemaet i bilag 1.

Tabel 1 - Animationsprojekt	Grafisk fidelity	Bevægelsesfidelity
1. CPK - operation	2D low-fi	Motion graphics + low-fi
2. Blodprop	2D medium-fi	Low-fi
3. Børn og unge	2D medium-fi	Motion graphics + low-fi
4. Demens	2D medium-fi (læner sig mod 2D high-fi)	Low-fi
5. Hammel Neurocenter	2D low-fi	Motion graphics
6. Abort	2D medium-fi	Motion graphics + low-fi
7. Dysfagi	2D medium-fi	Motion graphics
8. Diabetes klinikken	2D medium-fi	Motion graphics + low fi
9. Fodsår	2D low-fi	Low-fi

Brugertest

I de færdigudviklede animationer er animationsfilmene fra CPK- projektet nogle af de mest simple animationsfilm, som er blevet produceret i animationsstrategien. Derfor er det relevant at se på, hvordan disse animationer blev oplevet af borgerne, hvilket vil fremgå i det følgende.

CPK-operationsfilmene blev testet på seks borgere, i starten af animationsstrategien, hvor illustrationerne var meget simple - f.eks. havde de menneskelige silhuetter ikke 'omridsninger', og den eneste bevægelse i animationen var sceneskift og motion graphics. I starten af testen blev det gjort klart for borgerne, at der senere ville komme flere detaljer på animationen, hvilket kan have påvirket deres eventuelle negative vs. positive tanker vedrørende den visuelle stil. Følgende feedback blev blandt andet givet under testen:

Eksempler på "negative" udtalelser omkring den "simple" animation

"Bliver billederne (silhuetterne) tydeligere?" (Film 1).

"Det kan være svært at aflæse silhuet ift. kontakt" (Film 1).

"Der skal være større forskel på farverne - billederne rykker mere frem" (Film 6).

Eksempler på “positive” udtalelser omkring den “simple” animation

“Brug de samme symboler f.eks. blod, hver gang der kommer blod” (Film 4).

“Det er vigtigt, at der bliver brugt de samme symboler på skrift, som bruges i animationen” (Film 4).

“Vi er ved at kende ‘informationsfigurerne’, så gør det dét faktisk lettere at genkende - man fanger hurtigere budskaberne”

Generelt var der en positiv stemning over for den simple animation, og under testen blev der givet mest feedback omkring f.eks. specifikke sætninger samt udtryk: “Jeg undrer mig over ordet ‘tørste’ - måske det skal erstattes af ‘må ikke drikke’” og specifikke valg af ikoner: “jeg forstår ikke den figur med træthed”. Derudover var der fokus på speakereren, og borgerne kommenterede på, at det var vigtigt, at speakereren var klar og tydelig i sin udtale. Der var dermed ingen negativ feedback ift. hvorvidt animationsfilmene var “for simple” ift. oplevelsen af animationsstilen. Det tyder dermed ikke på, at borgerne oplevede animationen som værende for simple, eller at det simple format var forstyrrende for deres oplevelse med animationsfilmen. Dog blev der påtalt områder i animationen, der kunne gøre den lidt svær at aflæse, hvis den blev for simpel (svært at aflæse silhuet eller et behov for større farveforskel). Datasættet indikerer dermed, at selv i det simple ‘formsprog’ er det vigtigt at arbejde i at vælge den ‘rette’ figur, således at der ikke bliver skabt forvirring. Det er således vigtigt at være opmærksom på, at hvis illustrationerne bliver meget simple, vil der også være et arbejde i at kunne justere illustrationerne gennem f.eks. farvebrug eller lignende, hvis det ikke skal påvirke borgerens oplevelse af animationsfilmen. Borgerne lagde også vægt på, at de, efter at have set flere animationsfilm, hvor de samme figurer blev brugt, fik nemmere ved at genkende figurerne og dermed fange budskabet hurtigere. Den simple animation vil derfor måske egne sig godt til, når animationerne er en del af et animationsforløb (flere animationsfilm under det samme emne).

3.3.3. Designvalg

For at undersøge nogle af de designvalg (både tilvalg og fravalg), som blev taget på baggrund af ‘affordable animation’ tilgangen eller grundet det fastlagte budget, blev animatorerne spurgt indtil fordele og ulemper ved forskellige designvalg. Animatorerne havde forskellige begrundelser og forklaringer på, hvorfor der blev valgt, som der gjorde, og der er bl.a. fokus på værdien i det specifikke designvalg holdt op mod omkostningen.

Animatorerne blev bl.a. spurgt ind til lydeffekter, hvor nogle af animatorerne have brugt ressourcer på lydeffekter, fordi de mente, det kunne være med til at gøre en forskel, mens andre gerne ville have prioriteret det højere:

Eksempler på argumenter for at prioriterer lydeffekter

“Jeg synes vi oplevede med demens-filmen, at de ruller lige lidt nemmere. Man ser dem lige færdige, når der lige er lidt underlægningslyd og noget, der lige supporter de små ikoner og så videre. Det handler ikke så meget om æstetik, hvis, men det kan holde folk fanget, der er sådan en tilfredshed, når du lige ser sådan en tallerken, der lige sådan wup siger et eller andet, når den bevæger sig. Det er forbløffende hvad det gør, det er fuldstændig ligesom når vi får en besked på vores telefon, ligesom man reagerer lige på det. Sådan, lyden skal være god, ligesom på en bildør, der smækker og sådan noget. En god, dyr bil behagelig, dump lyd, ikke? Det er der en årsag til, det er der jo folk, der sidder og specialiserer sig i.”

“Havde budgettet været større, ville vi tilføje en lydskulisse til de seks film. Det ville samle filmene og give en venlig og varm stemning, som vi har implementeret gennem den boblende streg, figurvalg og ikoniske figurer (...) en et, et, et vellavet lydbillede, en god lyd ville give en følelse af, at der er meget mere, end man lige ser. Altså det det lyden kan.”

På den anden side, var der også nogle af animatorerne, som ikke mente, at det ville gøre en forskel, og at det derudover også kunne være et omkostningstungt valg

Eksempler på argumenter mod ved at prioriterer lydeffekter

“Altså jeg har ligesom bare ikke, det er ikke sådan noget, jeg sådan har tænkt manglede, eller hvad man kan sige. Altså jeg har ikke følt at det, at det nødvendigvis ville bidrage”.

”Det kan være rigtig dyrt, nogen tager 20.000 for en kortfilm, andre tager 6.000. Det er virkelig forskelligt”

Andre eksempler og argumenter kan ses i bilag 3, hvor der er lavet en tabeloversigt med for og imod følgende designvalg: **Lydeffekter, grafisk fidelity bevægelse, baggrund i animation og musik.**

Animatorerne vurderede, at nogle af designvalgene ville virke godt i nogle kontekster og målgrupper, men ikke andre. Der var dog også tilfælde, hvor animatorerne ikke nødvendigvis var enige om potentielle effekter eller værdier ved at inkorporere det specifikke designvalg. Eksempelvis var der nogle af animatorerne, som mente, at gode lydeffekter kan have stor betydning for borgerens oplevelse af en animationsfilm, mens andre ikke var af den opfattelse, at det ville gøre en forskel for forståelsen. Derudover ligger omkostningerne typisk som en ulempe, da tilvalg som ekstra lydeffekter og lignende, kan være omkostningstunge, og det tyder på, at det ikke er i alle tilfælde at disse tilvalg er rentable. Animatorernes forskellige holdninger kan bl.a. kan skyldes forskellige målgrupper, modtager og kontekst, og derfor er det vigtigt at medtænke dette i udformningen af animationsfilmene.

3.3.4. Design patterns(mønstre)

For at undersøge, hvordan tidligere forskning, test og erfaringer har bidraget til produktionen af de ti animationsprojekter, og hvad de potentielt kan bidrage med i fremtiden, blev det undersøgt, hvordan animatorerne i de forskellige animationsprojekter fandt inspiration og viden. Som en del af 'Animation på Tværs' projektet blev der skabt otte design patterns ift. designvalg i sundhedsanimationer (32). Disse otte design patterns blev præsenteret for animatorerne meget tidligt i den indledningsvise fase, hvor kun animationerne på et projekt var gået i gang. Ingen af de ti animationsprojekter havde taget udgangspunkt i de otte patterns, men i besvarelserne af spørgeskemaerne vedrørende animatorernes designvalg, ses det, at nogle af animationerne ubevist benyttede nogle af de samme designvalg, som de blev præsenteret for gennem de otte design patterns.

Nedenfor er der to eksempler på, hvordan de forskellige animationsprojekter ubevidst har taget nogle designvalg svarende til de foreskrevne design patterns.

#Pattern 1	#Pattern 1: 'Ingen bevægelse'	5. Hammel Neurocenter
	Tendens: Det visuelle perspektiv og fortællerstemmen har stor betydning. Animationer hvor bevægelsen er kreeret af "motion graphics".	
Perspektiv	Overview	Overview
Fortæller pronominer	Du/dig	Du/dig
Musik & lydeffekter	% Musik % Lyd	% Musik % Lyd

#Pattern 3	#Pattern 3: 'Animationer for børn' Tendens: Sundhedsanimationer målrettet børn har en del ligheder.	3. Børn og unge - diabetes
Metaforer	Brug af metafor	Visuelle metaforer
Varighed	Mellem til lang varighed	Mellem
Mennesker	Dyr eller cartoon	Cartoon
Fortællerens køn	Barnestemme eller en voksen med en meget empatisk stemme	Barnestemme

På trods af, at animatorerne ikke specifikt har valgt at tage udgangspunkt i de forskellige patterns, er de gennem erfaringer/test/kundens ønsker m.m. nået frem til det samme 'resultat'. Dette kan dermed indikere, at disse patterns, som er baseret på state-of-the-art animationer, muligvis kan være en hjælp til at skabe en ramme for, hvordan animationer i en specifik kontekst (f.eks. børn og unge) kan udvikles, hvor der er størst mulig chance for at de rammer målgruppen. Dette kræver dog flere undersøgelser, og det er derfor ikke muligt at konkludere noget endnu.

Protagonist vs. fortællerstemme

Der blev fundet et eksempel på, hvordan en animationsvirksomhed brugte den viden, som blev opnået under 'Animation på Tværs (APT)' projektet, hvor der blev udført tests på de animationer, som blev udviklet til borgere med lænderygmerter. I APT-projektet blev der afholdt en split-test med seks borgere, hvor forskellige designvalg blev testet ved at vise borgerne variationer af den samme animation, hvor kun et element var udskiftet f.eks. en kvindelig fortællerstemme i den første variant og en mandlig fortællerstemme i den anden variant. Resultaterne tydede på, at borgere blev forvirrede, hvis protagonisten i animationen havde det samme køn som fortællerstemmen - altså hvis det både var en kvindelig protagonist og en kvindelig fortællerstemme på samme tid (32). Dette resulterede i, at nogle borgere forvekslede fortællerstemmen med protagonistens tanker. Denne indsigt blev brugt til at bestemme hvilket køn protagonisten skulle være i animationen om dysfagi:

Animator 1: "Grunden til vi valgte, at hovedpersonen skulle være en kvinde, var det ikke fordi, at vi allerede vidste, at vi skulle have Gorm som stemme?"

Animator 2: ”Jo.”

Animator 1: ”Det var sådan, det var derfor, vi valgte, at det skulle være en dame, det handlede om. Sådan så vi ikke havde den der problematik, som I havde nævnt med, at speakeren er det hovedpersonen eller ah, ikke også? Så det var dét, der informerede det valg.”

På baggrund af dette så animatorerne værdi i, at de kunne bruge erfaringer fra et tidligere projekt til at træffe et designvalg, der måske var med til at formindske en potentiel forvirring hos borgere, som i fremtiden skal se og anvende viden fra dysfagi animationen. Dette understreger igen, at der kan være potentiale i at anvende en form for guidelines til at hjælpeanimatorerne ift. at skulle træffe nogle designvalg i produktionen ved at bruge de erfaringer, som vi har fra tidligere forskning (f.eks. Animation på tværs) og test af animationer (f.eks. test af disse ti animationsprojekter).

Inspiration

Idéen med at finde inspiration gennem andres design og eller erfaringer er ikke noget nyt. Animatorerne brugte ikke kun tidligere erfaringer og viden inden for animationsfilm. De lod sig ligeledes inspirere af andre formater inden for sundhed, og der blev f.eks. fundet inspiration i sundhedsstyrelsens ikonografi:

“Animator 1: Vi var inspireret af mange af de ikoner, som man bruger inden for sundhed i Danmark. Men vi arbejdede bevidst med at give dem personlighed og varme - fordi de nemt kan virke kolde og upersonlige”.

“Animator 2: Jamen, det er farverne, men det er især også den der ja altså upersonlige stil der kan være i...”

“Animator 1: (...) De er symmetriske, de er helt lige. Altså det er lavet i programmet, det er ikke gjort i hånden. Der var vi bevidste, vi tegnede noget, der ligner det, man gør i hånden, fordi de er skæve vores former og mønstre (...)”.

Dette er et eksempel på, hvordan animatorerne kunne finde inspiration i andres design, men samtidig også gøre designet til ‘sit eget’ ved at tilpasse det til den nuværende kontekst. Eksempelvis ved at ændre i farven eller formatet baseret på den enkelte animators faglige kompetencer og erfaringer.

Eksempel 1

“**Animator:** (...) Det er jo meget centralt, fordi der ligesom er tale om en hjerneskade, men man kunne jo godt forestille sig, når man snakker om sådan noget patientinformation, at man kunne lave nogle, altså at man havde nogle guidelines eller et eller andet, i forhold til, sådan, hvor er målgruppen kognitivt, og hvad kan man med fordel tage udgangspunkt i, eller undlade og sådan noget”.

Derudover blev der blandt andet også nævnt, at generelt har nye personer inden for feltet brug for sparring og feedback:

Eksempel 2

“**Animator:** Hver gang, man har lavet en film, så kan du tage den læring med dig på det næste projekt. Så du bliver hurtigere og hurtigere til at træffe beslutninger også. Det er meget søgen i de første år, vil jeg godt indrømme, der søger man rigtig meget. Man har meget brug for sparring og feedback og reaktioner fra folk for at finde ud af, hvordan ens produkt rammer målgruppen. Og så bliver den så hele tiden tilpasset efter de reaktioner”.

Dette understreger endnu en potentiel værdi ved at arbejde videre med guidelines, nemlig ved hjælp af erfaringer, der kan videregives.

3.4. Delkonklusion 1A

Formålet med del 1A var at undersøge leverandørens valg og den kreative proces ved udformningen af animationsfilmene. Der var fokus på hvordan ”affordable animations” bedst skabes, hvad der vil kunne bruges fremadrettet, og hvordan tidligere forskning bidrog og kan bidrage til animatorernes arbejde. Resultaterne og analysen udmunder i en række gode råd, som i dette afsnit præsenteres som guidelines. I det følgende præsenteres konklusioner og guidelines for de fire temaer: **Animationsvirksomheder, Omkostningstunge designvalg, designvalg (for/imod) og Design patterns.**

Animationsvirksomhederne

Tidligere forskning fra Animation på Tværs projektet indikerer, at det er vigtigt at vælge animationsvirksomhederne med omhu, da deres tilgang til produktion og designvalg kan være meget forskellige. Det er vigtigt at huske, at der skabes sundhedsanimationer til borgerne. Hvis en virksomhed f.eks. har en stærk visuel identitet, der ikke fungerer for borgerne i en specifik kontekst, så er det ikke det rigtige valg i denne specifikke sammenhænge.

Animationsvirksomhederne gik meget forskelligt til opgaven, og de anskuede ligeledes deres egen rolle på vidt forskellige måder. Der er dermed meget, som tyder på, at metakommunikation med animationsvirksomhederne er vigtigt, da det kan have stor betydning at vælge den rette animationsvirksomhed til den givne opgave samt at forventningsafstemme forud for arbejdet med animationerne. Det er derfor vigtigt, at ledelsen fremover gør det klart, hvad der ønskes af de animatorer, som får opgaven. Er der eksempelvis et fokus på udviklingen af affordable animationer og et generelt ønske om animatorernes villighed til at lege med det audiovisuelle/temporale format. Det er dermed vigtigt, at der bliver forventningsafstemt før udvælgelsen af animationsvirksomheden. På baggrund af dette kan det tyde på, at nedenstående **guideline** vil være nyttig til et fremtidigt arbejde med animationer:



Meta kommunikation med de potentielle animationsvirksomheder

- Hvordan ser de deres rolle i produktionen af animationsfilmene?
- Er de villige til at blive udfordret på formatet (f.eks. mindre bevægelse/animation eller supplementære animationer med virkelige billeder osv.)?

Omkostningstunge valg

I analysen af omkostningstunge valg fremgår det, at det særligt var udarbejdelsen af manuskriptet (herunder speak, skrivning, struktur, rettelser, research), animation (bevægelse fidelity) og illustrationer (grafisk fidelity), som tager tid og koster mange penge. Dette betyder, at der med fordel kan kigges på disse områder og undersøges, hvorvidt der kan justeres på tilgang og produktion af disse elementer, med en forhåbning om, at gøre processen mere bæredygtig. Dette betyder ikke, at det er nødvendigt at bruge mindre animation (bevægelse), i animationsfilmen, men at designprocessen, så vidt muligt, optimeres. For at optimere processen er det nødvendigt at se på, hvad de forskellige aktører kan gøre.

Animatorerne oplevede i nogle tilfælde problemer i mødet med de sundhedsfaglige, hvilket var omkostningstungt, da rettelserne tog meget tid. Dermed er der noget, som tyder på, at der med fordel kan lægges mere fokus på koordinering fra den projektledende side. Der er behov for, at inddragelsen af de sundhedsprofessionelle prioriteres og planlægges. Dette kan munde ud i følgende **guideline**:



Vigtigheden i mødeplanlægning og definering af mål for animationsfilmen hos de sundhedsprofessionelle

- Afsætte og planlægge tid til møder med animationsvirksomhederne
- Gennemarbejde problemstillingen (f.eks. hvilket tema de ønsker: symptom forklaring, borgernes følelser, behandlingsforløb osv.) Her er det en fordel, hvis de sundhedsprofessionelle har kendskab til litteratur om emnet

Derudover var deltagerne i brugertesten meget positive eller neutrale overfor simple "affordable animations", men de gjorde det samtidig klart, at valget af figurer havde stor betydning. Dermed tyder det på, at animatorerne skal vælge de simple figurer med omhu, for ikke at skabe misforståelser, og at der skal være mulighed for at justere i animationerne så de passer til den konkrete animationsfilm. Det kan være en fordel at anvende de samme ikoner og figurer gennem flere animationsfilm, da det kan medføre at borgerne lettere kan genkende og opfange budskaber. Med udgangspunkt i dette, kan udformes følgende **guideline**:



Arbejde med formatet 'affordable animation'

- Overveje brug af ikoner og animationer grundigt ved simple animation.
- Genbruge fra tidligere animationsfilm for genkendelse og færre misforståelser hos borgerne.

Designvalg (for/imod)

I analysen af designvalg(for/imod) fremgår det, at der ikke var enighed animatorerne imellem ift. designvalg vedrørende lydeffekter, grafisk fidelity, bevægelse, baggrund i animation og musik. Animatorerne nævnte flere fordele, og det blev blandt andet nævnt flere gange, at det ville øge

underholdningsværdien og at det ville fange modtageren bedre, hvis animatorerne kunne bruge flere penge og mere tid på designvalg som musik, lydeffekter osv. Der var flere argumenter imod at bruge tid og penge på designvalg, og her var økonomien en genganger, da det ville være omkostningstungt. Flere af animatorerne mente ligeledes ikke, at de forskellige effekter ville øge borgernes udbytte af animationsfilmene.

Der er dermed både fordele og ulemper ved de forskellige designvalg. Det tyder på, at det afhænger af kontekst og målgruppe, og at de i nogle tilfælde kan være afgørende, at træffe dyrere valg for at ramme målgruppen. På baggrund af dette, kunne en **guideline** hedde:



Opmærksomhed på målgruppe og kontekst i designprocessen

- Være opmærksom på, at målgruppen og konteksten har betydning for, hvilke designvalg der skal prioriteres.
- Tage udgangspunkt i eksisterende erfaringer og evidens inden for målgruppen og konteksten (otte design patterns).

Design patterns

I analysen af brugen af design patterns er det tydeligt, at flere af animatorerne efterlevede de otte patterns, som de blev præsenteret for i den indledende fase. Dette til trods for, at det langt fra er alle animatorerne, som gjorde det bevidst. Ud over de otte design patterns er der indikationer på, at animatorerne generelt ser en værdi i at opsamle tidligere erfaringer ift. designvalg og viden og dermed skabe noget materiale, som animatorerne kan gøre brug af. Animatorerne gjorde det klart, at særligt animatorer, som er nye inden for feltet, kan få meget ud tidligere erfaringer, da der ellers kan meget tid med at undersøge og læse. Udover tidligere erfaringer havde animatorerne hentet inspiration hos sundhedsvæsenets allerede eksisterende ikoner, men også forsøgt at sætte deres personlige præg for at gøre det mere varmt og personligt.

Der ses dermed et potentiale for videre arbejde med at samle tidligere erfaringer inden for designvalg i en eller anden form, som skal gøre det lettere for animatorerne i fremtiden, men stadig skal gøre plads til, at animationerne skal kunne tilpasse deres valg til målgruppen og konteksten. Hvilket kan føre til følgende **guideline**:



Anbefalinger til fremtidig udarbejdelse af animationer

- Gøre brug af erfaringer så indsigt- og udviklingsfasen kan effektiviseres i fremtiden.
- Udarbejde materiale som skal fungere som inspiration, hvorledes der stadig er plads til at tilpasse animationerne til kontekst og målgruppe.

4. Spor 1B: Effekt på borgernes evne til at genkalde sig information

På baggrund af publiceret litteratur antages det, at brugen af animationsfilm med underlagt tale, sammenlignet med information på skrift, kan øge borgerens evne til at genkalde sig sundhedsinformation. En øget evne til at genkalde sig information kan eksempelvis resultere i, at flere borgere tager den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt, og således opnår et bedre resultat af behandlingen. Det kan resultere i, at flere borgere kan huske samt overholde fasteregler, således at borgeren ikke sendes hjem, og operationen må aflyses. Det kan ligeledes resultere i, at flere borgere forstår og formår at gøre brug af forebyggende tiltag, eksempelvis screeningstilbud. Effekten af animationsfilm er undersøgt, men viden er mangelfuld om, hvorvidt animationsfilmens detaljegrad har en betydning for borgerens informationsoptag.

Da der er en forventning om, at resultaterne fra dette afsnit skal indgå i en fremtidig publicering, er dele af resultaterne ikke inkluderet på nuværende tidspunkt. Resultaterne vil indgå i den endelige rapport.

4.1. Formål for spor 1B

Spor 1.b har til formål at undersøge om detaljegraden i animationsfilmen kan have indflydelse på borgernes evne til at genkalde sig information. Der vil være et særligt fokus på den del af borgerne, som har lave digitale sundhedskompetencer med henblik på at undersøge, om detaljegraden har betydning for denne gruppes evne til at genkalde sig information.

4.2. Metode

I det følgende afsnit præsenteres materiale og metoder, som danner grundlaget for vidensopsamlingens spor 1B.

4.2.1. Studiedesign og kontekst

Gennem et tværsnitsstudie forventes det at få indsigt i borgernes evne til at genkalde sig information fra to forskellige animationsfilm: ”Dysfagi” og ”På operationsdagen” (spørgeskemaerne kan ses i hhv. bilag 4 og 5). For at opnå viden om, hvorvidt detaljegraden havde betydning for borgerens evne til at genkalde sig information blev de to forskellige animationsfilm testet på to forskellige tidspunkter i processen. Første gang ved animatic og anden gang ved den færdige animation. Animatic refererer til animatorens første tegnede udkast af det færdige manuskript, en skitsetegning med dertilhørende lydfil, mens animationen er den færdige animationsfilm. Det testes, hvor detaljeret animationsfilm bør være for, at borgeren opretholder evnen til at genkalde information på tilfredsstillende vis. Udtrykket i animatic og animationen var forskelligartede i forhold til blandt andet bevægelse, farvelægning og brugen af tekstboks og lignende. Effekten af filmene blev undersøgt gennem spørgeskemaer, som bl.a. bestod af 10 spørgsmål vedrørende den information, de fik i filmene.

Gennem spørgeskemaerne indsamles data om borgernes digitale sundhedskompetencer. Dette blev gjort dels for at få indsigt i gruppernes digitale sundhedskompetencer og dels for at få muligheden for at sammenligne genkaldelseevnen i gruppen med de laveste digitale sundhedskompetencer, for at undersøge om denne gruppe påvirkes særligt af detaljegraden. Demografiske oplysninger blev indsamlet for at få indsigt i sammensætningen af studiepopulationen og for at teste, om der var betydelige forskelle mellem grupperne, som havde set hhv. animatic og animationsfilmen.

4.2.2. Rekruttering af deltagere

Deltagerne blev inkluderet i perioden 4 oktober 2021-1. maj 2022. Målet var en bred inklusion inden for målgruppen for de anvendte animationsfilm. Den brede inklusion har til formål at sikre resultater, der er repræsentative, således at der er mulighed for at anvende den opnåede viden om genkaldelseevne på tværs af eksempelvis aldersgrupper og sociale grupper. Rekrutteringsforløbene var forskellige på de to animationsfilm grundet forskelligt indhold i filmene og dermed forskellige patientgrupper. De forskellige fremgangsmåder beskrives nedenfor.

Animationsfilm 1 - Dysfagi: Rekrutteringen til denne gruppe foregik blandt borgere med dysfagi og borgere i risiko for dysfagi, hvilket vil sige alle borgere over 65 år. Ligeledes blev der rekrutteret blandt borgere, som havde pårørende med dysfagi. De deltagende instanser var sundhedscentre i Viborg Kommune og HE Midt. Borgerne blev kontaktet på flere forskellige måder: 1) gennem Viborg

Kommunes og Regionshospitalet Silkeborgs hjemmeside eller Facebook side, hvor borgeren kunne deltage via et link 2) gennem flyers, der blev udleveret i de lokale Sundhedscentre 3) gennem e-boks, hvor afdelingen for Sundheds IT på HE Midt trak patientlister 4) gennem brev med posten for de borgere, der var undtaget e-boks. I brevet stod der, at de kunne kontakte projektlederen, hvis de var interesseret i deltagelse i projektet. Der blev aftalt et møde, hvor borgeren så filmen og udfyldte spørgeskemaet på en udleveret iPad.

Animationsfilm 2 - På operationsdagen: Rekrutteringen til denne gruppe foregik blandt borgere, der skulle have foretaget et kirurgisk indgreb i HE Midt, hvor faste var nødvendigt, og som havde modtaget og set animationsfilmen “på operationsdagen”. De deltagende afdelinger var Ortopædkirurgi (Viborg), Center for Planlagt Kirurgi (Silkeborg), Kvindesygdomme og Fødsler (Viborg) samt Capio privathospital. Borgerne blev kontaktet på flere forskellige måder: 1) gennem e-Boks, hvor afdelingen for Sundheds IT på HE Midt trak patientlister via bookingkoder til operation 2) gennem brev med posten, for de borgere der var undtaget e-Boks. I brevet stod der, at de kunne kontakte projektlederen, hvis de var interesseret i at deltage i projektet, hvorefter der blev aftalt et møde, hvor borgeren så filmen og udfyldte spørgeskemaet på en udleveret iPad. 3) gennem flyers, som blev udleveret på Capio Privathospital. Disse indeholdt information om projektet samt link til deltagelse. 4) Nogle borgere blev kontaktet pr. telefon, hvor de blev inviteret til deltagelse. Efterfølgende modtog de et link til deltagelse via mail.

Det gør sig gældende for begge grupper, at besvarelser blev sorteret fra, hvis borgeren var under 18 år, havde trykket nej til samtykke, eller hvis den samlede besvarelse af spørgeskemaet var under 10%.

4.2.3. Dataindsamling

Kommunikationsafdelingen i HE Midt udarbejdede en lukket hjemmeside, hvor borgerne gennem et link kunne tilgå animatic eller animationsfilmen samt spørgeskema. I første del af rekrutteringsperioden kunne borgerne tilgå og se animatic, hvorefter de skulle besvare spørgeskemaet vedrørende deres evne til at genkalde sig information. Da det estimerede antal besvarelser fra borgere, som havde set animatic, var opnået, blev animatic udskiftet med animationsfilmen, således at der ligeledes kunne rekrutteres borgere, som har set animationsfilmen. Det vil sige, at den første halvdel af borgerne har set animatic, og den sidste halvdel har set animationsfilmen.

4.2.4. Spørgeskema

Der blev indsamlet information om borgernes demografiske data, genkaldelse af information og digitale sundhedskompetence gennem kvantitative spørgeskemaer.

Af demografiske oplysninger er der taget udgangspunkt i de faktorer, som kan have betydning for genkaldelsesevnen og de digitale sundhedskompetencer. Der er således indsamlet informationer vedrørende alder, køn, kronisk sygdom, e-Boks, vanlig medicin, civilstatus, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet samt tilknytning til afdeling/sted for rekruttering.

I spørgeskemaet til filmen ”*dysfagi*” blev der ligeledes stillet spørgsmål vedrørende synkebesvær, og til filmen ”*på operationsdagen*” blev der stillet spørgsmål omhandlende tidligere erfaringer med andre animationsfilm.

Borgerens evne til at genkalde sig information evalueres ved hjælp af et spørgeskema, indeholdende 10 spørgsmål, som borgeren besvarer efter at have set animationsfilmen. Borgeren bedes genkalde sig den konkrete information, som blev formidlet i animationsfilmen. Der blev således udarbejdet to spørgeskemaer bestående af 10 spørgsmål, som relaterer sig til hhv. animationsfilmen om operationsdagen og om dysfagi, hvorved genkaldelsesevnen måles på baggrund af besvarelserne. Spørgeskemaerne er udarbejdet af en medarbejder i forskningsenheden. Det var muligt at score mellem 0-10 point, hvor 0 point svarer til ingen rigtige besvarelser, og 10 points svarer til 10 rigtige besvarelser.

Slutteligt suppleres der med et valideret spørgeskema, som kan vurdere borgerens digitale sundhedskompetence – eHealth Literacy Assessment toolkit (eHLA). eHLA består af 44 spørgsmål inden for 7 områder; 1) Evnen til at håndtere information. 2) Engagement i egen sundhed. 3) Viden om hvordan man anvender teknologi. 4) At føle sig sikker og i kontrol. 5) Evnen til at blive motiveret ved at teknologien opleves nyttig. 6) At have adgang til systemer der fungerer. 7) En oplevelse af at systemerne passer til ens behov. eHLA indeholder både objektive og subjektive komponenter, hvoraf område 1-4 omhandler sundhedskompetence og område 5-7 måler den digitale kompetence. Der findes ingen validerede cutpoints ift. eHLA, og resultaterne fra de syv områder kan ikke lægges sammen, hvorfor de udgør 7 forskellige scores (25).

4.2.5. Databehandling og analyse

Datablev indtastet og opbevaret i RedCap via et spørgeskema udarbejdet heri. Hvis et spørgeskema blev udfyldt på papir, blev det efterfølgende indtastet i RedCap systemet. Herefter blev data eksporteret til STATA17 med henblik på at foretage en statistisk analyse.

Fremgangsmåden for analysen var den samme for de to animationsfilm og foregik som følgende: Data var inddelt i to grupper, hvoraf den ene gruppe bestod af borgere, som havde set animatic, og den anden gruppe bestod af borgere, som havde set animationsfilmen. Først blev de to gruppers demografiske oplysninger beskrevet for at få et indblik i sammensætningen af populationen. Herefter blev der foretaget tests for signifikant forskellighed, hvilket blev gjort gennem χ^2 tests og t-test.

Efterfølgende blev informanternes genkaldelseevne udregnet i form af den gennemsnitlige score i de to grupper. Resultaterne fremstilles som gennemsnitlig score, spredning samt øvre -og nedre kvartil. Herefter blev der anvendt Wilcoxon Rank Sum test, for at teste om der var statistisk signifikant forskel i de to gruppers evne til at genkalde sig information.

Der blev herefter set på borgernes digitale sundhedskompetencer. En gennemsnitlig score for hver af de syv områder, fordelt på de to grupper blev udregnet, og resultaterne fremstilles som gennemsnitlig score, spredning samt øvre -og nedre kvartil. Der blev anvendt Wilcoxon Rank Sum test, for at teste om der var statistisk signifikant forskel i de to gruppers evne til at genkalde sig information.

Til sidst blev der foretaget en analyse, som tog udgangspunkt i alle deltagerne, både dem som har set animationsfilmen "*dysfagi*" og "*på operationsdagen*". Gruppen, som havde den laveste score i eHLA, blev identificeret i den samlede studiepopulation, og blev betegnet som dem, der scorede det samme som eller mindre end scoren i nedre kvartil. Her blev genkaldelseevnen igen udregnet som den gennemsnitlige score i de to grupper, som har set hhv. animatic og animationsfilmen. Resultaterne fremstilles som gennemsnitlig score, spredning samt øvre -og nedre kvartil. Herefter blev der anvendt Wilcoxon Rank Sum Test, for at teste om der var statistisk signifikant forskel i de to gruppers evne til at genkalde sig information.

4.2.6. Styrkeberegning

Beregning af populationens størrelse tager sit udgangspunkt i tidligere gennemførte studier, hvor genkaldelseevnen er vurderet (33-36) I disse studier vurderes borgerens evne til at genkalde sig information vha. spørgeskemaer, som indeholder mellem 6-14 spørgsmål, hvor borgeren skal gengive den information, de har modtaget (33-36). Herefter beregnes andelen af korrekte svar i procent. I de fire studier findes en øgning i borgernes evne til at genkalde sig information på mellem 11-17% i gruppen, der modtager animationer frem for tekst. Hvis hver borger skal besvare 10 spørgsmål, og borgernes resultat er den korrekt besvarede andel, vælger vi at antage, at disse andele kan beskrives som en stikprøve fra en normalfordeling inden for hver gruppe. Hvis den mindste relevante forskel mellem gruppernes gennemsnitlige andele korrekt besvarede spørgsmål udgør 0.10, og hvis 0.5 er spredningen på borgernes andele korrekt besvarede spørgsmål inden for hver gruppe, og der i beregning blive anvendt en styrke på 80 % og et signifikansniveau på 0,05 kræves der 788 borgere i studiet, således minimum 197 i hver gruppe.

4.2.7. Etik

Alle deltagere havde mulighed for at læse skriftlig information om undersøgelsen, inden samtykke blev givet, samt mulighed for at kontakte projektlederen ved behov for yderlig uddybelse. Deltagerne blev adspurgt, om de ville give informeret samtykke, inden de udfyldte spørgeskemaet. Da undersøgelsen er et kvalitetsprojekt, har det ikke været nødvendigt med godkendelser fra Videnskabs Etisk komité og Regionsrådet.

4.3. Resultater og analyse

I det følgende afsnit præsenteres resultaterne fra denne undersøgelse. Resultaterne kan opdeles i tre dele 1) Gruppen som har set *animationsfilm 1 – dysfagi* 2) Gruppen som har set *animationsfilm 2 – på operationsdagen* 3) Gruppen med laveste score i eHLA – inkluderende besvarelser på baggrund af både animation 1 og animation 2

4.3.1. Gruppen som har set animationsfilm 1 – dysfagi

De demografiske oplysninger om den gruppe af deltagere, som har set animationsfilmen dysfagi består af i alt 495, som er fordelt på to grupper, hvor 272 af borgerne har set animatic og 223 har set animationen. Der er udregnet p-værdier for at undersøge, hvorvidt der er en statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Med undtagelse af spørgsmålet vedrørende tilknytningen blev der ikke fundet statistisk signifikant forskel mellem de to grupper. Årsagen til denne forskel kan være, at rekrutteringen af borgene er foregået forskudt, og at metoderne til rekrutteringen har ændret sig løbende. Dermed har tidspunktet for rekrutteringen været afgørende.

Størstedelen af studiepopulationen oplevede ikke synkebesvær, og var ligeledes ikke pårørende til nogle med synkebesvær. De fleste blev rekrutteret gennem e-Boks, og begge grupper havde en gennemsnitlig alder på omkring 71-72 år. Der var en nogenlunde lige fordeling mellem køn og en overvægt af samboende. Generelt var uddannelsesniveaueet til den høje side, da 40% havde en videregående uddannelse, og på daværende tidspunkt, var størstedelen gået på pension/efterløn. Der var en ligelig fordeling mellem andelen med kronisk sygdom, men størstedelen af informanterne tog fast medicin.

Der er indsamlet information om deltagernes evne til at genkalde sig information efter at have set animationerne vedrørende dysfagi. Oplysningerne er opdelt i to grupper, hhv. de som har set animatic, og de som har set animationfilmen. Der udregnet en p-værdi for at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel mellem de to grupper.

Resultaterne fra denne analyse viser, at genkaldelseevnen ligger på 8,4 i begge grupper, og der er således ingen signifikant forskel på borgernes evne til at genkalde sig information i de to grupper. Det tyder således på, at borgerne har opnået lige stor effekt af animatic- og animationsudgaven.

Der er derudover indsamlet information om deltagernes digitale sundhedskompetencer. Oplysningerne er opdelt i to grupper; hhv. de som har set animatic og de som har set animationsfilmen. Der er udregnet en p-værdi for at undersøge, hvorvidt der er en statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Der ses ingen statistisk signifikant forskel i de to grupper, og dermed er der ikke noget som tyder på, at de to grupper har forskellige niveauer af digitale sundhedskompetencer.

4.3.2. Gruppen som har set animationsfilm 2 – på operationsdagen

De demografiske oplysninger om den gruppe af deltagere, som har set animationsfilmen *på operationsdagen* består af i alt 444. Borgerne er fordelt på de to grupper, hvoraf 231 af borgerne har set animatic, og 213 har set animationen. Der er udregnet p-værdier for at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel mellem de to grupper.

I gruppen, som har set animationsfilm 2, blev der fundet en signifikant forskel på følgende parametre: alder, tilknytning til arbejdsmarkedet, e-Boks, tilknytning til afdeling samt om de før har modtaget og set animationsfilm. Årsagen til denne forskel kan igen være, at rekrutteringen er forgået forskudt, og at metoderne til rekrutteringen har ændret sig løbende, hvorfor tidspunktet for rekrutteringen har været afgørende for, hvor borgerne er rekrutteret fra.

Størstedelen af studiepopulationen har ikke tidligere modtaget og set animationsfilm. De fleste var tilknyttet Center for Planlagt Kirurgi, og gruppernes gennemsnitlige alder ligger på hhv. 65(animatic) og 61,7(animation) år. Der var en nogenlunde lige fordeling mellem køn, og størstedelen boede sammen med andre. Størstedelen af borgerne var enten faglærte eller havde en videregående uddannelse. Ved borgernes arbejdssituation ses der er en statistisk signifikant forskel mellem de to grupper, hvor næsten 60% i gruppen, som har set animatic, er på pension/efterløn, er denne andel kun 44,6% i gruppen, som har set animationsfilmen. I gruppen der har set animationsfilmen, er der en større andel som er i arbejde. Der er en overvægt af borgere, som ikke har nogen kronisk sygdom, mens størstedelen af informanterne tager fast medicin.

Der er indsamlet information om deltagernes evne til at genkalde sig information efter at have set animationerne vedrørende på *operationsdagen*. Oplysningerne er fordelt på de to grupper, hhv. de som har set animatic, og de som har set animationfilmen. Der er udregnet en p-værdi for at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel mellem de to grupper.

Resultaterne fra denne analyse viser, at genkaldelsesevnen ligger på 9,6 i begge grupper, og der er således ingen signifikant forskel på borgernes evne til at genkalde sig information i de to grupper. Det tyder således på, at borgerne har opnået lige stor effekt af animatic- og animationsudgaven.

Der er ligeledes indsamlet information om deltagernes digitale sundhedskompetencer. Oplysningerne er fordelt på de to grupper, hhv. de som har set animatic, og de som har set animationsfilmen. Der er udregnet en p-værdi for at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel mellem de to grupper.

Der ses ingen statistisk signifikant forskel på de to grupper, og dermed er der ikke noget som tyder på, at de to grupper har forskellige niveauer af digitale sundhedskompetencer.

4.3.3. Gruppen med laveste score i eHLA - inkluderende besvarelser på baggrund af både animationsfilm 1 og animationsfilm 2

Denne analyse er baseret på den del af den samlede gruppe af borgere, der scorede det samme som eller mindre end scoren i nedre kvartil i hvert Tool i eHLA.

I det følgende er der fokus på de borgere med de laveste digitale sundhedskompetencer, og deres evne til at genkalde sig information, opdelt i gruppen, som har set hhv. animatic og animationsfilmen.

Der er udregnet en p-værdi for at undersøge, hvorvidt der er en signifikant forskel mellem de to grupper.

Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem gruppen, som har set hhv. animatic og animationsfilmen. Der er således ikke noget, som tyder på, at detaljegraden har haft en betydning blandt gruppen med de laveste digitale sundhedskompetencer.

4.4. Delkonklusion 1B

Formålet med del 1B var at opnå viden om, hvorvidt detaljegraden af animationsprojekterne havde indflydelse på effekten af animationsfilmene, og dermed om detaljegraden havde indflydelse på borgernes evne til at genkalde sig sundhedsinformation. Dette blev gjort gennem en spørgeskemaundersøgelse blandt udvalgte borgere. Borgerne bestod af to grupper, og den ene gruppe bestod af borgere, som havde dysfagi, var i risiko for dysfagi eller var pårørende til en med dysfagi. Den anden gruppe bestod af borgere, som skulle opereres. Med udgangspunkt i denne studiepopulation så det ikke ud til, at detaljegraden havde betydning for genkaldelsesevnen, da der ikke blev fundet nogen forskel på, om borgerne havde set animatic eller den færdige animationsfilm.

Resultaterne indikerer dermed, at genkaldelsesevnen er lige stort uanfægtet af, hvornår i udviklingsprocessen, borgerne har set animationsfilmene. Dette gør sig gældende i samtlige analyser. Resultaterne skal dog fortolkes med det forbehold, at der var forskelle i de forskellige populationer, særligt i gruppen som havde set filmen *"på operationsdagen"*. I denne population var der forskel på nogle betydningsfulde demografiske oplysninger, såsom alder, arbejdsmarkedstilknøytning og tilknøytning til e-Boks, hvilket kan have påvirket resultaterne. Genkaldelsesevnen var generelt høj, særligt for dem som havde set animationsfilmen *"på operationsdagen"*, hvorfor sværhedsgraden, af de 10 spørgsmål de blev stillet overfor, bør overvejes.

Som tidligere nævnt tyder det på, at animationsfilm er et særligt godt redskab til borgere, der oplever udfordringer med at forstå og anvende sundhedsinformation. Derfor er det også relevant at se på, hvordan detaljegraden påvirker borgerne med de lave digitale sundhedskompetencer. Blandt denne gruppe blev det ligeledes ikke fundet, at detaljegraden var af statistisk signifikant betydning.

Det kan diskuteres, hvor stor forskellen mellem animatic og animationsfilmen reelt var, og om den var så stor, at det havde betydning for oplevelsen af filmen. Der er dermed grundlag for flere undersøgelser, som bl.a. kan undersøge, hvorvidt detaljegraden har betydning i situationer, hvor spændet mellem animatic og animationsfilmen er større.

5. Spor 1C: Arbejdsprocesser og brugerinvolvering

En central målsætning for animationsstrategien har været at producere animationsfilm gennem et samarbejde mellem animatorer og sundhedsprofessionelle og med inddragelse af brugerne. Målsætningen skal sikre den relevante viden og indsigt for animatorerne samt sikre kvalitet, relevans og aktualitet i indholdet af produktionerne for både de sundhedsprofessionelle og den målrettede patientgruppe.

Samarbejdsstrukturen og brugerinvolveringen anvendt gennem produktionen af animationsfilmene gør det relevant at fremhæve, hvordan forløbet har foregået ift. de fremmende og hæmmende forhold, de involverede aktører har oplevet. Fokus er derfor på læring og at dokumentere den viden, aktørerne har tilegnet sig i løbet af projektet, med henblik på at komme med forslag og anbefalinger til mulige justeringer i projektet, som kan forbedre det videre forløb med animationsstrategien med fremtidige animationsprojekter.

5.1. Formål for spor 1C

Spor 1C fokuserer på at undersøge de centrale arbejdsprocesser, brugerinvolveringen og det tværgående samarbejde med henblik på at identificere de effekter og konsekvenser, som er forekommet. Undersøgelsen skal indsamle og opsummere konkrete anbefalinger fra relevante aktører på de forskellige animationsprojekter - anbefalinger til hvordan forløbet kan struktureres, til at mere effektivt producere animationsfilm og til at gøre brugen af animationsfilm "affordable" i fremtiden.

5.2. Metode

I det følgende afsnit præsenteres materiale og metoder, som danner grundlaget for vidensopsamlingens spor 1C.

Grundlaget for vidensopsamlingens spor 1C er kvalitative interviews. På den måde har det været muligt at få indsigt i med relevante aktørers oplevelse af arbejdet med animationsprojekterne.

5.2.1. Fokusgrupper

Interviewene foretages som fokusgruppeinterviews, hvor grupperne er opdelt ift. deres overordnede funktion inden for animationsstrategien. Det udgjorde tre fokusgruppeinterviews med animatorer, kliniske nøglepersoner og projektleder, som styres af én primær interviewer (Kristoffer A. Jørgensen).

Fokusgruppe	Antal deltager	Varighed
Sundhedsprofessionelle	7	1:45:03
Animatorer	6	2:02:30
Projektledere	2	1:13:59

5.2.2. Rekruttering

Rekrutteringen af interviewpersoner til fokusgruppeinterviews er foretaget i samarbejde med Karen Schmøkel, tidligere leder af Forskningsenheden Center for Planlagt Kirurgi, Hospitalsenhed Midt og Kian Mejdal, Patientinformationsredaktør, Hospitalsenhed Midt. Der har været et ønske om bred adspredelse i funktioner og forskellige projekter. Dog har det pragmatiske aspekt vægtet tungt ift. hvem har haft mulighed for at deltage i interviewene.

5.2.3. Interviewguide

Til interviewene blev der udarbejdet en semistruktureret interviewguide, som tager afsæt i formålet for Spor 1C. Interviewmetoden sikrer en åbenhed i interviewsamtalen for uforudsete perspektiver og opfølgende spørgsmål, men gør samtidig, at muligheden for at dirigere samtalen bevares. Dermed afdækkes nuancerne i indsamlingen af viden og erfaringer om samarbejdet, arbejdsprocedurene og brugerinvolveringen.

Tre versioner af interviewguiden blev udviklet, således guiden var målrettet fokusgruppernes vidensområde og rolle i animationsstrategien, for dermed at sikre, at den nødvendige viden blev indsamlet.

5.2.3. Transskription

Interviewene blev transskriberet i fuld længde for at gøre data håndterbar til analysen. Detaljerede talemåder som tøven, varighed af pauser, sproglige nuancer og sub-vokalisering f.eks. "øhm, ahh, og hmm" blev udeladt

5.2.4. Analysestrategi:

Analysen af den transskriberede data har til formål at fremanalysere de centrale meningsindhold i fokusgruppens videns- og erfaringsudveksling.

Data blev kodet med det formål at komme omkring følgende emner:

- **Det rationelle (hvordan er samarbejdet forløbet)**
- **Produktet (hvordan er udviklingsprocessen af animationsfilmen forløbet)**
- **Brugerinvolveringen (hvordan er brugerinvolveringen forløbet)**

Dataet blev inddelt i hovedtemaer med dertilhørende undertemaer, og der har været fokus på, at de fremlægges således, at de kan drage til konkrete anbefalinger, som er centrale og gavnlige for det videre forløb med animationsstrategien.

5.2.5. Etik

Alle deltagere havde mulighed for at læse skriftlig information om undersøgelsen, inden samtykke blev givet samt mulighed for at kontakte projektlederen ved behov for yderlig uddybelse. Deltagerne blev adspurgt, om de ville give informeret samtykke, inden de udfyldte spørgeskemaet. Da undersøgelsen er et kvalitetsprojekt, har det ikke været nødvendigt med godkendelser fra Videnskabs Etisk komité og Regionsrådet.

5.3. Resultater og analyse

De fremanalyserede temaer bliver fremlagt i centrale hovedtemaer og undertemaer med overskrift, beskrivelse og anbefaling, der belyser formålet med spor 1C af vidensopsamlingen.

Hovedtema - Den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe

Fra alle tre fokusgruppeinterviews blev der delt overvejelser vedrørende den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe. De lagde vægt på, at det tværfaglige samarbejde, både i arbejdsgruppen og med animatorerne, havde hjulpet med at afgrænse, hvad udfordringer de oplevede og lærte af hinanden på tværs af forskellige afsnit.

Men de fremhævede, at det var vigtigt, at alle, som er med i arbejdsgruppen, selv har valgt at være med og havde været med til at lave projektbeskrivelsen i forbindelse med ansøgningen om at få lavet en animationsfilm. Det kom af, en oplevelse af, at flere oplevede, at nogle i gruppen var blevet bedt om at deltage og møde op sent i forløbet, hvilket gjorde at de havde mindre indsigt i projektet og dets indhold. Det betød også, at de ofte var mindre engagerede og havde mindre motivation for projektet, hvilket var et forstyrrende element for forløbet. Derfor blev det oplevet som vigtigt, at de rigtige mennesker blev inddraget ift. viden, kompetencer og motivation.

Undertema - Rollefordeling

Under nogle af projekterne har der været en løs organisering af den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe, hvilket har skabt forsinkelser pga. forvirring om, hvem der varetager hvilke opgaver, og hvem har hvilket ansvar. Derfor bør der fremlægges en klar rollefordeling fra starten, samt forventningsafstemmes om ansvarsområder, hvilket skal være med til at sikre en lige arbejdsfordeling gennem projektet.

Eksempler på overordnede roller og funktioner, som havde en positiv indvirkning på forløbet, var en kommunikationsmedarbejder ift. sproglig sparring til projekterne, en kreativ ansvarlig hos animatorerne, som kunne varetage animatorernes interesser og arbejdsform og en overordnet projektleder, som varetog udformningen af strategien og de strukturelle former.

Undertema – En tovholder

En betydelig rolle, som var udslagsgivende for om forløbet var konstruktivt eller ej, var tovholderrollen i den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe. Der var en oplevelse af, at med en tovholder ville man sikre et mere effektivt forløb og konstruktivt samarbejde med animatorerne.

Tovholderens formål var at tage styring over mødeaftaler, indkaldelser, mailkorrespondancer, indhente den faglige viden og feedback fra arbejdsgruppen, sikre at alle blev hørt, og at de overholdt deres deadlines og milepæle. Derudover ville tovholderen fungere som det kommunikative bindeled mellem animatorerne, projektledelsen, de sundhedsprofessionelle og afdelinger.

Derfor var der bred enighed om, at der også i fremtiden er behov for en tovholder i den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe, som er udpeget på forhånd og klarlagt allerede i ansøgningsperioden.

Undertema - Genbrug af erfaring

De sundhedsprofessionelle var enige om, at der var stort potentiale i at genbruge personer med erfaring med disse projekter eller generel erfaring med sundhedsrelaterede animationsprojekter fra andre sammenhænge, da erfaringen havde en stor betydning i arbejdsprocessen.

Undertema - For mange kokke om gryden fordærver maden

Antallet af personer i arbejdsgruppen var også en vigtig faktor. Det blev nævnt flere gange, at en mindre arbejdsgruppe havde et bedre og mere stringent forløb sammenlignet med en større arbejdsgruppe. En af årsagerne var, at med en større arbejdsgruppe var der flere personer og dermed flere holdninger, som skulle nå til enighed, og der kan ligeledes være mere ventetid i forbindelse med på feedback fra alle, hvilket forlænger forløbet. Derfor er ønsket, at man holder arbejdsgruppen mindre og undgår for mange mellemlid i kommunikationsprocessen.

Hovedtema - To verdner

Det har været tydeligt under interviewene, at en afgørende faktor i forløbet og samarbejdet mellem animatorerne og de sundhedsprofessionelle har været, at de arbejder ud fra to forskellige verdner - den private virksomhed og det offentlige sundhedsvæsen. Det har givet en række udfordringer for begge, men har været lærerigt i forskellige aspekter. Det har vist sig, at det kræver forståelse, arbejde og tid med at brygge en bro mellem de to verdner.

Animatorerne kan arbejde 24/7, de arbejder meget målrette ud fra deadlines, og de kan tilpasse og planlægge deres arbejde mere frit. De sundhedsprofessionelle arbejder typisk 8-16 og har arbejdsgangen i sundhedsvæsenet, som kan være mere kompleks ift. klinisk arbejde og patientkontakt, som gør det vanskeligt for dem at planlægge deres arbejde målrettet og frit. Det skabte problematikker ift., at der blev sent sene mails, mails i weekenden, og at der til tider har været korte deadlines. Animatorerne oplever det som svært at få kontakt til klinikerne og få feedback fra dem til deadlines, hvilket har resulteret i et ineffektivt forløb. Dermed blev det tydeligt, at begge er underlagt forskellige rammer for deres arbejde ift. kultur, rutiner, regler og arbejdsforhold. Det er en problematik, som det

med stor sandsynlighed ikke er muligt at undgå, da det ville kræve en ændring af arbejdsgange, men det er vigtigt, at både animatorer og sundhedsprofessionelle er opmærksomme på problemstillingen. Det er ligeledes vigtigt, at der forventningsafstemmes, at dette gøres før projektets start, og der bliver skabt en gensidig villighed til at tilpasse sig hinandens forventninger til forløbet, så der kan skabes en gensidig forståelse for hinandens arbejdsgang og arbejdsformer.

Hovedtema – Animationsarbejdet

Animatorerne anvender forskellige metoder til at lave deres arbejde, alt efter hvordan de arbejder bedst. Men det giver forskellige processer for projekterne og forskellige erfaringer, når det kommer til samarbejdet med animationen og de sundhedsprofessionelle. Det betyder, at det er vigtigt, at animatorernes arbejdsmetode er klart beskrevet fra starten, så de sundhedsprofessionelle ved, hvad de kan forvente.

Derudover er det vigtigt, at de ser på hvor kompleks opgaven er ift., hvad der skal kommunikeres, og hvordan animationerne skal udformes. De forskellige arbejdsmetoder, animatorerne benytter, kan have forskellige formål og kan ligeledes have forskellige styrker. Derfor opleves det som vigtigt at matche den enkelte animationsopgave med den rigtige animator.

Undertema - Komplex problemstilling

Nogle af de sundhedsprofessionelle havde oplevet, at det kunne være svært at formidle deres problemstilling og være specifikke på, hvad udfordringen var, enten fordi det var en kompleks målgruppe, eller udfordringen var kompleks med flere interagerende elementer i sig. En kompleks problemstilling giver en høj grad af kompleksitet i kommunikationsopgaven, hvilket har betydet, at de ikke har vidst hvordan de skulle gribe opgaven an på forhånd. Men det er vigtigt, at de gør sig nogle grundige overvejsler om kompleksiteten og spørg sig selv "kan det lykkes, og hvordan kan det lykkes?" Dermed skal de også overveje kompleksitetens udtryk i animationen, samt hvor simpelt kan det gøres, da dette er centralt, hvis animationen skal være "affordable". Det kan tyde på, at det bør overvejes fra gang til gang, om udfordringen og den information som skal kommunikeres, er for kompleks til at kunne animeres simpelt.

Hovedtema – Ansøgning

Under interviewet med projektlederne understregede de at et af de områder, som skal forbedres til næste fase, er måden, hvorpå ansøgningsfasen forløber. I forbindelse med ansøgningerne bliver der skrevet en projektbeskrivelse af sundhedsprofessionelle, som har en problemstilling, som de oplever

er svær at kommunikere til borgerne, og som de gerne vil have udfoldet i en animationsfilm. I interviewene blev det klart, at der var et behov for, at de sundhedsprofessionelle skulle udfylde en mere udførlig ansøgning, end der blev gjort i dette tilfælde.

En mere udførlig ansøgning vil "tvinge" dem som ansøger, til f.eks. at konkretisere formålet med at få lavet en animationsfilm, og hvordan de ser udfordringen. En velovervejet og gennearbejdet ansøgning giver både animatorerne og de sundhedsprofessionelle selv et bedre udgangspunkt for deres arbejde i projektet. Derudover skal det i forlængelse af ansøgningsprocessen også stå klart, hvad de forventelige rammer for projektet bliver ift. ressourcer, tidsrammen, antal møder og hvornår, generelle forventninger og selve struktureringen af forløbet. Det skal understreges, at det er forudsætningen for, at de kan løse opgaven. Det vil også skabe en fælles og bedre forståelse for processen og de forventninger, der er.

Undertema – Formål

Jævnfør det ovenstående, skal en del af ansøgningen være en beskrivelse af, hvad formålet med animationsfilmen skal være. Animatorerne påpegede, at når de sundhedsprofessionelle havde et klart og tydeligt beskrevet formål, indhold og målgruppen, hjalp det animatorerne med hurtigt at komme i gang med deres arbejde, hvilket medførte et mere effektivt tidsforbrug i indsigtssfasen. Det skyldes at der for animatorerne har været en større opgave i at præcisere formålet i animationen end ren faktisk at animere filmen.

I forlængelse heraf er det væsentligt, at de sundhedsprofessionelle også beskriver, hvad de oplever som værende udfordringen i kommunikationen, og hvilken konsekvens denne udfordring har. Det bør ligeledes laves et tværfagligt samarbejde, hvor udfordringen kan belyses i fællesskab. Det gøres for at afklare om der er flere problemstillinger i udfordringen, som skal håndteres. Det er særligt relevant hvis det er en kompleks problemstilling og animationsfilmen kan tage flere retninger. Derfor skal de også forholde sig til, hvilken effekt eller læring animationsfilmen skal genere hos borgeren.

Det er vigtigt at understrege, at der naturligvis kan være videns-huller omkring disse forhold. Men at det derfor også vil være en styrke, hvis det kan indgå i de sundhedsprofessionelles beskrivelser af problemstillingen, så der kan tages forbehold for dette og laves en mere dybdegående undersøgelse af målgruppen og problemstillingen.

Undertema – Informationsmateriale inden Indsigtsfasen

Der blev gennem interviewene delt meget erfaring, der indikerer, at et forbedringspotentiale vil være at opprioritere forberedelsen til at indgå i et animationsprojekt i fremtiden. Det skyldes, at en central forsinkelse i processen har været de lange indsigtsfaser i flere af animationsprojekterne.

Nogle animatører havde haft en positiv oplevelse med en arbejdsgruppe, som var godt forberedte, med et klart formål med filmen, hvilket gjorde, at animatørerne allerede inde første møde, havde en bedre forståelse for animationsopgaven, hvortil de kan sparre og supplerer med deres ideer og tanker til animationsfilmen. Andre havde oplevelsen af, at der ikke var indsamlet tilstrækkelige data ind til, at de kunne skabe sig en forståelse for udfordringen, som animationsfilmen skulle løse. Derfor opfordrede de til, at de sundhedsprofessionelle afklarede, hvilke data de kommer med til projektet og hvilke data og indsigt de mangler, så vidt muligt. Det vil give en mere effektiv proces.

Undertema – De digitale patientvejledninger

I udarbejdelsen af nogle projekter har de digitale patientvejledninger på Hospitalsenhed Midt vist sig at være et godt redskab til konkretisere og præcisere, hvad der er animationsfilmens formål. For både animatørerne og de sundhedsprofessionelle gør det arbejdet mere effektivt, særligt i indsigtsfasen. Ofte fordi indholdet af patientvejledningen "bare" skal kopieres og oversættes en-til-en i animationsfilmen, hvilket giver et mere effektivt forløb. Men det er ikke sikkert, at patientvejledningen er nok og der stadig er behov for yderlig indsigt f.eks. gennem observationer på klinikken. Dette skal afklares før animationerne starter.

Derfor kan der være en fordel i at tænke i mere simple animationsprojekter og tage udgangspunkt i f.eks. digitale vejledninger, som er et godt redskab til at skabe en mere stringent proces og nemmere og simpel at formidle

Hovedtema - Planlægning

Projekterne har krævet meget koordination, planlægning og kommunikation mellem de involverede. I mange tilfælde har det givet forsinkelser og en ineffektiv proces pga. udskydelser af møder, svartider og overskredne deadlines. Derfor skal planlægningen af møder være på plads fra starten. Dette gør sig ligeledes gældende med den tid, der går med at finde ud af hvornår mødet afholdes og hvornår der er deadlines som så ikke overholdes.

Selvom alle projekter i denne omgang nåede i mål i tiden, var der en generel oplevelse af forsinkelser i forskellige grad og af forskellige årsager. Nogen udtrykte, at processen var længere end den behøvede

at være, og de mente, at med en mere stringent planlægning af forløbet kunne projekterne afsluttes hurtigere.

Planlægningen skal være med til at klæde alle på til hvordan processerne med animationsprojektet skal forløbe. En væsentlig del af denne planlægning består af at strukturere forløbet og fastsætte en realistisk tidsplan. En tidsplan, der fastsætter hvornår, skal de hvad, hvornår er de konkrete møder og hvornår skal man være klar med f.eks. brugerinddragelse, besøg klinikken og hvornår skal man være færdige. Det understreges af alle, at der skal være plads til noget elastik/fleksibilitet ift. at imødekomme uforudsete udfordringer.

Hovedtema – Feedback

Animatorerne fremhævede, at den feedback som de sundhedsprofessionelle giver på manus, speak, storyboard, indhold og information, var en central udfordring.

De oplevede, at ventetiderne på feedback gjorde forløbet ineffektivt ift. hvad det behøvede at være og at de ofte overskred deadlines for at give feedback. Deri havde animatorerne forståelse for, at sundhedsprofessionelle havde andre opgaver og forpligtigelser ift. patienter. og de sundhedsprofessionelle kan ikke tilrettelægge deres arbejde 100% efter, hvad der fungerer bedst for animatorerne.

Men det vanskeliggjorde hele forløbet, da de sundhedsprofessionelle var løbende medredaktør i hele udviklingsprocessen af filmen. Det gør, at de sundhedsprofessionelle er med inde over alle de valg, der skal træffes i animationsfilmen, det vil sige, at de skal give feedback mange gange, som derfor tager længere tid, hvis responsens er langsom. Derfor kunne man genoverveje, hvilke dele af produktionen er vigtigst, at man får de sundhedsprofessionelles feedback på. Men man skal være obs. på at de sundhedsprofessionelle er enige i tilvalg og fravalg ift. feedbacken, de skal give, for ellers kan de miste motivation, følelse af ejerskab, medbestemmelse i projektet, hvis de oplever, at de ikke er indblandet i produktionen.

Undertema – Fokus på feedback

Animatorerne anbefaler et mere målrettet fokus på, hvilken slags feedback, der gives fra de sundhedsprofessionelle. De mente, at feedbacken skal handle om de faktuelle og sundhedsfaglige fejl, for at undgå personlige holdninger ift. farvevalg og mindre detaljer. Et forslag var at sende konkrete spørgsmål ud, såsom: ”Gør dette en forskel?” ”Ændrer det noget?” og ”Den retning vi er på vej imod, er den god eller dårlig?” På den måde ved de sundhedsprofessionelle, hvad de skal svare på og

fokuserer på, så det ikke kun er, "hvad synes du?" men i stedet "lykkes vi med at indfri kommunikationsopgaven i filmen?".

Derudover havde nogle animatorer gode erfaringerne med at afholde fysiske møder til fremvisninger, ligesom workshops hvor de præsenterede deres arbejde eller bruger PowerPoint præsentationer. De fysiske møder til præsentationer og feedback giver mulighed for at præsentere f.eks. forskellige "frames" af animationen, som de tænker, det kunne se ud og derfra kan de sundhedsprofessionelle give specifik og konkret feedback på det, de ser. Det blev fremhævet at det skabte en bedre forståelse for, hvad animatorerne havde tænkt, og at det skabte en konstruktiv dialog om feedback mellem aktørerne, fordi de kunne snakke konkret ud fra præsentationen.

Hovedtema – Brugerinvolveringen

Ud fra interviewenes var der bred enighed om, at brugerinvolveringen havde været med til at producere bedre animationsfilm og havde være en lærerig proces at udføre.

Overordnet for projekterne har der været to områder, hvor brugerinvolveringen er blevet anvendt. Den første var i indsigtssfasen til, at indsamle viden til hvad animationsfilmen skal indeholde. Hvis dette var formålet med at anvende brugerinvolveringen, blev det til interviewene anbefalet, at man i fremtiden lavede f.eks. indledende samtaler i forbindelse med forberedelsen og udarbejdelsen af ansøgningen gennem f.eks. gruppeinterview med brugerne eller klinikere. Det vil give en god indsigt til formulering af problemstillingen og formålet. Den anden anvendelse af brugerinvolvering var i forbindelse med testning af versioner af animationsfilmen. Det skulle sikre, at brugerne forstod budskabet og opnår den effekt, de ønsker. Disse brugertest blev understreget som værende vigtige for projekternes kvalitet og validitet, fordi det kan belyse ukendte områder og forhindre fejl og se ting, man ikke selv gør.

Men brugerinvolveringen var også et krævende element for animationsprojekterne.

Overordnet har det været tids- og ressourcekrævende at gennemføre brugerinvolveringen i projekterne. Det skyldes blandt andet, at planlægningen af brugerinvolveringen skete sent i forløbet, hvilket medførte, at flere projekter oplevede udfordringer. Nogen fortalte også at det var mere krævende, end de havde forventet. Der var forvirring om, hvordan brugerinvolveringen skulle foregå, hvilket formål det havde, hvornår det skulle ligge, hvem målgruppen var, hvor mange brugere der skulle involveres, hvordan kontakten skulle oprettes, samt det praktiske med samtykker osv. Derfor vil en klar anbefaling være, at anvendelsen af brugerinvolveringen planlægges tidligt og grundigt i starten af processen evt. i ansøgningen så vidt muligt.

5.4. Delkonklusion 1C

Formålet med del 1C var at undersøge arbejdsprocesser, brugerinvolvering og samarbejdet i processen og udviklingen af animationsfilmene. Der blev indsamlet data fra alle ti animationsprojekter.

Der blev foretaget tre fokusgruppeinterviews med relevante aktører i udviklingsfasen af animationsfilmene. Deltagerne består af hhv. sundhedsprofessionelle, animatorerne og projektlederne. På baggrund af dette blev der fundet følgende hovedtemaer: *Den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe, To verdner, Animationsarbejdet, Ansøgning, Planlægning, Feedback og Brugerinvolvering.*

Det kom frem, at den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe var vigtig, og derfor var det også vigtigt, at den var velfungerende, og der var flere ting, som opleves som værende betydningsfulde for gruppens succes. Det var vigtigt, at alle medlemmer var med fra start, da andet virkede forstyrrende. En anden ting, som kunne have betydning for arbejdet i gruppen, var en klar rollefordeling, og at der var et medlem, som varetog en funktion som tovholder. Begge dele kunne have været med til at skabe struktur og ligeledes være med til at mindske spildtid og misforståelser. De sundhedsprofessionelle havde derudover et ønske om at inddrage personer med erfaring fra lignende projekter, samt at arbejdsgruppen ikke var for stor.

Noget andet, som fyldte meget i interviewene, var, at det var svært for animatorerne og de sundhedsprofessionelle at kommunikere og samarbejde. Det tyder på, at det i høj grad skyldes forskellen mellem animatorernes og de sundhedsprofessionelles arbejdsgange. Animatorerne havde mulighed for at arbejde, når det kunne passe ind, således at deadlines blev overholdt. De sundhedsprofessionellen derimod havde faste arbejdstider, og deres arbejdsgange gjorde, at de ikke var til rådighed og kunne besvare mails i samme omfang som animatorerne. Disse forskelle resulterede i et, til tider, ineffektivt forløb, med lange svar tider, frustrationer og mailkorrespondancer om aftenen og i weekender. Da det ikke umiddelbart er muligt at ændre på arbejdsgange, havde det været optimalt at forventningsafstemme på forhånd for at skabe mere gensidig forståelse.

I forlængelse heraf bør det nævnes, at de forskellige animatorer arbejdede på forskellige måder, både ift. arbejdsprocessen og det kreative arbejde med animationerne. Dermed var det vigtigt at vælge den rette animator til projektet, samt at den pågældende animator kunne melde klart ud om sine

arbejdsgange fra start. Derudover skal de sundhedsprofessionelle kunne formulere en problemstilling, da animatorerne ofte stod med en følelse af, at de brugte lang tid på at finde ud af, hvad der skulle formidles i animationsfilmene.

Animatorerne oplevede indsigtssfasen som lang, og de oplevede i nogle tilfælde, at informationen, vedrørende den konkrete problemstilling, som skulle formidles, var mangelfuld. De sundhedsprofessionelle oplevede i den forbindelse, at det var svært at formidle deres konkrete problemstilling, hvorfor det fremover bør overvejes, om nogle målgrupper eller problemstillinger er for komplekse til at kunne formidles i en simpel animationsfilm.

En mulig løsning på denne problemstilling ville være, at der i fremtiden udarbejdes en mere udførlig projektbeskrivelse i forbindelse med ansøgningen, hvilket er en opgave for de sundhedsprofessionelle. Således vil problemstilling og målgruppe allerede være fastlagt, når der ansøges om at få fremstillet en animation. Ydermere kan hospitalets patientvejledninger anvendes i indsigtssfasen, da informationen derfra er kan være brugbar, og ofte kan kopieres og anvendes som manuskript i de film, som primært formidler indhold fra hospitalet.

Generelt nævnes det, at planlægning var essentiel for, at projekterne skulle forløbe godt, og ligeledes forblive "affordable". Animatorerne oplevede, at de sundhedsprofessionelle havde svært ved at overholde deadlines, hvilket resulterede i, da de oplevede at få feedback på animationsfilmene for sent, og derfor måtte tilbage og rette ind. Dette var et problem, da de sundhedsprofessionelle fungerede som medredaktører hele vejen igennem. Der bør derfor være klare retningslinjer ift., at deadlines for feedback skal overholdes, da manglende feedback har forsinket og kompliceret processen. Animatorerne skal ligeledes være tydelige omkring, hvilken slags feedback de ønsker, når de sender materialer ud til de sundhedsprofessionelle, da det kan være svært at vurdere for de sundhedsprofessionelle, hvad der forventes. En anden mulighed er, med udgangspunkt i erfaringer opnået i dette projekt, at når der skal gives feedback, skal det gøres fysisk, hvor alle parterne er til stede. Det fysiske møde skal være et alternativ til de mange mailkorrespondancer, og det giver mulighed for, at animatorerne kan forklare deres tanker og visioner, og de kan få konkret og hurtig feedback fra de sundhedsprofessionelle. Denne fremgangsmåde fjerner udfordringerne vedrørende ventetid på feedback og utydelig feedback, som var tilfældet ved feedback over mail.

Der var bred enighed om, at brugerinvolvering var en vigtig del af arbejdet med animationsfilmene, og at det var med til at skabe bedre animationsfilm. Dog var det tids- og ressourcekrævende at gennemføre brugerinvolveringen i projekterne. Det skyldes blandt andet, at planlægningen af brugerinvolveringen skete sent i forløbet, hvilket medførte, at flere projekter oplevede udfordringer. Der er et ønske om, at der i fremtiden anvendes brugerinvolvering enten med klinikere eller borgere allerede forud for ansøgningen for at få den indsigt fra start, og at det med fordel kan gøres både først og sidst i arbejdsprocessen.

Ligeledes tyder det på, at det vil være en fordel at planlægge brugerinvolveringen mere detaljeret som en del af planen fra start for at undgå forvirring og andre udfordringer med planlægning og input sent i processen. Således vil brugerinvolveringen fungere mere hensigtsmæssigt og dermed være mere gavnligt fremover.

Det er vigtigt, at der fra begyndelsen fremlægges en tidsramme, som rummer alt fra ansøgning og indsigt fase til feedback og brugerinvolvering. Tidsplanen skal indeholde tidspunkter for deadlines, møder og milepæle, men med de forbehold, at der er mulighed for fleksibilitet og plads til uforudsete problemer. Derudover er det nødvendigt, at der afsættes tid til projektet hos de sundhedsprofessionelle, og at der tages højde for de forskellige professioners arbejdsgange.

6. SAMMENFATNING

Formålet med vidensopsamlingen er at undersøge leverandørens valg og kreative proces, at undersøge hvorvidt detaljegraden af animationsprojekterne kan have indflydelse på borgernes evne til at genkalde sig information efter at have set animationsfilmene samt at undersøge arbejdsprocesser, herunder brugerinvolvering, i forbindelse med animationsprojekterne.

Designvalg og den kreative proces

Fundene fra spor 1A indikerer, at det har været vigtigt at vælge den rette animator til animationsprojektet, samt at der bør være fokus på god kommunikation med animationsvirksomhederne forud for samarbejdet. Det er eksempelvis vigtigt at spørge ind til animatorernes forventninger til forløbet, samt hvorvidt de er villige til at blive udfordret på deres format og måde at animere på. Dette er vigtigt, da animationsvirksomhederne arbejder meget forskelligt, og det kan have stor betydning, at animatorernes format så vidt muligt passer eller kan tilpasses, så det bliver et format, som giver mening for målgruppen, problemstillingen og hospitalet.

Til trods for at det kun er få af animatorerne, der bevidst har anvendt de design patterns, som de fik udleveret i starten af projektet, tyder det på, at flere af dem alligevel har formået at efterleve dem. Ligeledes har flere af animatorerne hentet inspiration i sundhedsvæsenets eksisterende ikoner og har efterfølgende givet det hele et personligt præg for at skabe mere varme og personlighed. I forlængelse af dette kan det konkluderes, at der er et ønske fra animatorernes side om, at de har nogle mere specifikke anbefalinger at arbejde ud fra, og at evidens og tidligere erfaringer samles, så de er let tilgængelige. Dette vil være en stor hjælp, særligt til dem som er nye i feltet, således at de kan få indsigt i og gøre brug af i tidligere erfaringer og evidens, uden at skulle bruge lang tid på research. Således er det muligt, at indsigts- og udviklingsfasen kan forløbe lettere i fremtidige animationsprojekter, og det dermed er muligt at spare penge og tid på nogle af de faser, som tager tid for animatorerne. Det er dog vigtigt, at disse anbefalinger er overordnede, således at der samtidig er mulighed for, at tilpasse animationerne til den enkelte målgruppe og kontekst. Dette er vigtigt, da det tyder på, at mange designvalg og prioriteringer afhænger dels af animatorernes arbejdsproces og dels af målgruppe og problemstilling. I en undersøgelse af, hvorvidt forskellige designvalg er nødvendige eller ej, står det netop klart, at de forskellige animationsvirksomheder så forskelligt på fordele og ulemper ved designvalg som bl.a. lydspor, baggrund og musik. Det tyder dog på, at det er fælles for alle projekterne, at det kan være en fordel at genbruge animationer og ikoner, som før er anvendt i lignende kontekster, som eksempelvis andre animationsfilm og andre steder i sundhedsvæsenet, dels for at gøre den kreative proces lettere for animatoren og dels for at skabe sammenhæng, genkendelse og færre misforståelser blandt borgeren.

Simple "affordable animations" med fokus på detaljerne

Fundene fra spor 1B indikerer, at der ikke er statistisk signifikante forskelle i borgernes evne til at genkalde sig information, afhængigt af om borgerne har set animatics eller de færdige animationer. Dette gør sig gældende for begge animationsprojekter; "på operationsdagen" og "dysfagi". Yderligere er denne forskel heller ikke at spore blandt de borgere, som har de laveste digitale sundhedskompetencer. Det vil sige, at borgerne ikke nødvendigvis forstår eller opfanger flere detaljer i de færdiglavede animationer, hvis der sammenlignes med skitseudgaven (animatic). Dermed er der noget, som tyder på, at brugen af en meget simpel animation ikke forværrer genkaldelsesvejen.

Fundene fra spor 1A indikerer, at borgerne ikke har indvendinger imod brugen af simple animationer, og at deres oplevelse af animationsfilmen ikke påvirkes. Borgernes oplevelser af den simple animation

sammenlagt med resultaterne fra spor 1B indikerer, at genkaldelsesevnen og oplevelsen ikke nødvendigvis bliver bedre af flere detaljer. Dermed tyder det på, at hverken hospitalerne eller animatorerne skal være bange for at arbejde yderligere med simple formater i 'affordable animation'. Det kan samtidig konkluderes, at det er mulighederne for små tilpasninger såsom 'omrids i silhuet' og 'forskel i farver' samt fokus på at vælge de rette figurer, som kan være essentielle, når der arbejdes med simple animationer, da det kan være med til at gøre det lettere for borgeren at genkende og opfange budskaber. Det vil dog være nødvendigt at undersøge disse fund yderligere i fremtiden, bl.a. fordi at den færdige animationsfilm, til trods for flere detaljer, stadig er simpel og udarbejdet som en "affordable animation". Det bør derfor overvejes, hvorvidt et studie med to animationsfilm med større forskel i detaljegrad vil påvirke resultaterne anderledes. Derudover skal der tages højde for, at der i denne analyse er statistisk signifikante forskelle på demografiske oplysninger grupperne imellem, hvilket ligeledes kan påvirke resultaterne, da flere af de demografiske oplysninger kan påvirke borgernes digitale sundhedskompetencer og genkaldelsesevne.

Planlægning og forventningsafstemning kan gøre arbejdet med animationsprojekterne lettere

På baggrund af fundene fra spor 1C kan det konkluderes, at et af de største udfordringer i arbejdet med animationsprojekterne er samarbejdet mellem de forskellige aktører og planlægningen af processen. Der er blevet brugt meget tid på indsigtssfasen, rettelser og kommunikation, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for nogle af de inkluderede parter, da der er en formodning om, at meget af den tid kan undgås. Det samme tema går igen i fundene fra spor 1A, hvor animatorerne påpeger, at rettelser og feedback, som er kommet for sent, er både tidskrævende og dyrt. For at optimere planlægningen og samarbejdet peger projektlederne eksempelvis på, at ansøgningen fremover skal være en mere detaljeret og præcis projektbeskrivelse, hvilket både vil hjælpe de sundhedsprofessionelle og animatorerne i det videre arbejde. Ligeledes vil det være med til at klarlægge, hvis der er en målgruppe eller en problemstilling, som er for kompleks til en simpel animationsfilm. En anden ting, som kan optimere processen, er, at der på forhånd er forventningsafstemt og lavet en plan for forløbet. Dette gælder både i den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe og i samarbejdet mellem de forskellige aktører. I den sundhedsprofessionelle arbejdsgruppe er en klar rollefordeling og en tovholder nogle af de ting, som de sundhedsprofessionelle mener, kan gøre en forskel og gøre forløbet mere effektivt. Der er ligeledes et ønske om, at samtlige deltagerne i gruppen er med fra start, at der inkluderes medarbejdere med erfaring inden for lignende projekter, og at gruppen ikke bliver for stor.

I samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle og animatorerne er planen særdeles vigtig, dog er det vigtigt, at planen samtidig er fleksibel. Det er ligeledes nødvendigt, at der afsættes tid til projektet, og at deadlines bliver overholdt. Det er en fordel, hvis de sundhedsprofessionelle har klargjort noget uddybende information om problemstillingen, og her bliver patientvejledninger nævnt som en mulighed, da de bl.a. kan være nyttige i forbindelse med udformning af manuskript. Ligeledes vil en plan gøre det muligt at inddrage borgerne tidligere i forløbet, således at der bruges færre ressourcer på den, ellers betydningsfulde, brugerinddragelse. Til sidst tyder det på, at det kan gøre en stor forskel, hvis der forud for samarbejdet er forventningsafstemt, da det kan være medvirkende til at skabe en gensidig forståelse og respekt for hinanden, som er vigtigt for et godt samarbejde.

7. KILDER

1. Kjær P, Pors AS. Patienten og kommunikationslignegørelsen af sundhedsvæsenet. In: Kjær P, Reff A, editors. Ledelse gennem patienten : Nye styringsformer i sundhedsvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag; 2010. p. 47-74.
2. Green J, Tones K, Cross R, Woodall J. Health Promotion: Planning & Strategies. : SAGE Publications; 2015.
3. Almind G, Kamper-Jørgensen F, Jensen; BB. Forebyggende sundhedsarbejde : baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. In: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. 6: Munksgaard Danmark; 2016.
4. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 2015;Vol. 25:1053-8.
5. Berkman N, Sheridan S, Donahue K, Halpern D, Viera A, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. 2011(2).
6. Kickbusch, Ilona, Pelikan, M J, Apfel, Franklin, et al. Health literacy: the solid facts. Regional Office for Europe; 2013.
7. Meppelink CS, van Weert JC, Haven CJ, Smit EG. The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: an experimental study. J Med Internet Res. 2015;17(1):e11.
8. Calderón JL, Shaheen M, Hays RD, Fleming ES, Norris KC, Baker RS. Improving Diabetes Health Literacy by Animation. Diabetes Educ. 2014;40(3):361-72.
9. Nationale mål for sundhedsvæsenet. regioner.dk: Sundhedsminister, KL, Danske Regioner. 2021.
10. Pedersen KM. Prioritering i sundhedsvæsenet: Martin Toft; 2015 06. oktober
11. Rasmussen M, Kristensen L. De offentlige sundhedsudgifter er steget markant mere end de øvrige offentlige udgifter siden 2000. Danmarks statistik; 2019.
12. Draborg E. Sundhedsøkonom: Flere ældre er ikke skyld i stigende udgifter 2017 [Tilgængelig her: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedsoekonom-flere-aeldre-er-ikke-skyld-i-stigende-udgifter>].
13. Holm-Petersen C, Navne LE. Hvad er ledelse af brugerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle brugerinddragesmodeller. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. 2015;12(22).
14. TERMINOLOGI: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. . Center for forebyggelse 2005.
15. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle: STR ATEGI FOR DIGITAL SUNDHED 2018 –2022. Sundheds- og ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, KL; 2018.

16. Norgaard O, Furstrand D, Klokke L, Karnoe Knudsen A, Batterham R, Kayser L, et al. The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management and E-Learning*. 2015;7:522–40.
17. Tassy A, Nielsen MB. It-anvendelse i befolkningen – 2020. Danmarks Statistik: Danmarks Statistik; 2020.
18. Kühnau A, Lose S. Digitalisering kan frigøre livsnødvendig arbejdskraft 2022 [Tilgængelig her: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/april/digitalisering-kan-frigoere-livsnodvendig-arbejdskraft>].
19. Petersen LS, Bertelsen P. Equality Challenges in the Use of eHealth: Selected Results from a Danish Citizens Survey. *Stud Health Technol Inform*. 2017;245:793-7.
20. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-67.
21. Bak CK. Sundhedskompetencer som en sociokulturel ressource i sundhed. *Dansk Sociologi*. 2020;3.
22. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20(1):565.
23. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009627.
24. Aaby A, Maindal HT, Vinther-Jensen K, Sørensen K, Bertram M. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed? : Dansk Selskab for Folkesundhed og Dansk Health Literacy Netværk; 2019.
25. Karnoe A, Furstrand D, Christensen KB, Norgaard O, Kayser L. Assessing Competencies Needed to Engage With Digital Health Services: Development of the eHealth Literacy Assessment Toolkit. *J Med Internet Res*. 2018;20(5):e178.
26. Crawford A, Serhal E. Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e19361.
27. Chesser A, Burke A, Reyes J, Rohrberg T. Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Inform Health Soc Care*. 2016;41(1):1-19.
28. Jensen JD, King AJ, Davis LA, Guntzwiller LM. Utilization of internet technology by low-income adults: the role of health literacy, health numeracy, and computer assistance. *J Aging Health*. 2010;22(6):804-26.
29. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Rosendahls A/S; 2018.

30. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Annette Kjær Ersbøll. Social ulighed i sundhed og sygdom.. Sundhedsstyrelsen: SDU; 2020.
31. Ma X. Developing Design Guidelines for a Visual Vocabulary of Electronic Medical Information to Improve Health Literacy. *Interacting with Computers*. 2015;28(2):151-69.
32. Pedersen KT, Vistisen P, Høybye MT, Strøm J, editors. *Design Patterns of Health Animation – Scaling Pattern Languages Into a New Domain*. ArtsIT, Interactivity and Game Creation; 2022 2022//; Cham: Springer International Publishing.
33. Kakinuma A, Nagatani H, Otake H, Mizuno J, Nakata Y. The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. *Anesth Analg*. 2011;112(6):1314-8.
34. Leiner M, Handal G, Williams D. Patient communication: a multidisciplinary approach using animated cartoons. *Health Educ Res*. 2004;19(5):591-5.
35. Chakravarthy B, Somasundaram S, Mogi J, Burns R, Hoonpongsimanont W, Wiechmann W, et al. Randomized pilot trial measuring knowledge acquisition of opioid education in emergency department patients using a novel media platform. *Subst Abus*. 2018;39(1):27-31.
36. Mednick Z, Irrcher I, Hopman WM, Sharma S. Assessing a narrated white board animation as part of the consent process for intravenous fluorescein angiography: a randomized educational study. *Can J Ophthalmol*. 2016;51(6):471-5.

Bilag 1

Spørgeskema vedrørende designvalg

Kortlægning af form- og indholdsvalg



Introduktion

Vi ønsker at kortlægge de form- og indholdsvalg, som du/I har taget i løbet af produktionen. Derudover ønsker vi at høre de begrundelser, der ligger bag hvert valg. Der skal tages udgangspunkt i hver af de animationsfilm, som du/I har produceret. Det vil sige, hvis der er skabt tre animationer, skal spørgeskemaet udfyldes tre gange. Begrundelserne for de specifikke form- og indholdsvalg må selvfølgelig gerne genbruges.

I dette spørgeskema bliver der taget udgangspunkt i forskellige kategorier (form- og indholdsvalg). Ved hver kategori vil der være en forklaring i toppen af dokumentet, der beskriver, hvad vi mener ift. den pågældende kategori. Det kan f.eks. være valget om, hvordan "mennesker" er portrætteret i animationen. I toppen af spørgeskemaet vil der være et billede med en beskrivelse af de forskellige variationer f.eks. 'virkelig', 'realitetstro', 'cartoon', 'dyr' og 'abstrakt'. Hvis du/I derfor er i tvivl, om, hvad vi mener, når der står 'cartoon mennesker', vil beskrivelsen af form-valget altid kunne findes i toppen af spørgeskemaet ved hvert form- og indholdsvalg.

Titel og link til animationen

Hvornår var animationen færdigproduceret?

Hvem er kunden?



Hvem er modtagergruppen?

Er animationerne en del af et animationsforløb?






Hvis ja, beskriv hvor mange animationer der indgår i dette forløb

Er denne animation udviklet på baggrund af en patientvejledning?

Ja

Nej

Animationsform

Form-valg						
Kategori	Eksempel					Bemærkning
Animationsform Denne kategori omhandler, hvordan formen på de forskellige animationer ligner og/eller adskiller sig fra hinanden, ift. hvor meget der er animeret, og hvordan det er animeret.	Live Recordings  Virkelige optagelser eller billeder	Special Effects  Virkelige billeder eller video, der ved hjælp af visuelle effekter kan give en illusion af forskellige begivenheder.	Cartoon + Live action  Fortællingen sker gennem en blanding af animation og live action (virkelige billeder og optagelser).	Animated Story  Hele fortællingen er animeret og foregår gennem en mere ortodoks animationsgenre (realisme, dialog, narrativ etc.).	Animated Forms  Hele fortællingen er animeret, men formen er abstrakt og følger en mere eksperimentel animationsgenre (kunstbaseret, fortolkning, musikalsk etc.)	*Se #pattern8 (temaet nybygning bruger Special Effects)

Hvilken animationsform er anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

Live Recordings

Special Effects

Cartoon + Live Action

Animated Story

Animated Forms

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Mennesker

Mennesker	Virkelig	Realitetstro	Cartoon	Dyr	Abstrakt	I mønsterkortlægningen blev disse variationer hyppigt anvendt til at illustrere mennesker, men der eksisterer også andre eksempler.
Kategorien omhandler, hvordan mennesker bliver portrætteret i animationer.	<p>Virkelige mennesker fra virkelige optagelser eller billeder.</p>	<p>Menneskerne er 'realistisk' animeret, således at de ligner virkelige mennesker ift. proportioner og form. Dog kan ansigtstrækkene f.eks. godt være karikeret, men stadigvæk med formålet om et 'naturligt' menneske.</p>	<p>Menneskerne er animeret. De ligner mennesker, men deres proportioner er mindre realistiske. De kan f.eks. have et meget stort hoved, papirtynde ben og store øjne. Mange af deres karakteristiske egenskaber er også overdrevet (farver, røde kinder, firkantet krop osv.).</p>	<p>Menneskerne bliver portrætteret som dyr i animationen.</p>	<p>Menneskerne er abstrakte gennem proportioner og former. De kan f.eks. blive portrætteret gennem firkanter, tændstikker mænd eller objekter (dråber, menneske hjerne etc.).</p>	<p>*Præference af animeret mennesker under temaet: behandlingsforløb</p> <p>*Se #Pattern3 (animationer for børn bruger Cartoon mennesker eller dyr)</p>







Hvordan er menneskene portrætteret? (Der kan vælges flere muligheder)

- Virkelig
- Realitetstro
- Cartoon
- Dyr
- Abstrakt

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/l skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/l har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/l har valgt at gøre dette. Hvis du/l ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Grafisk fidelity

<p>Grafisk Fidelity (2D) Denne kategori omhandler niveauet af grafikken i 2D animationer</p>	<p>Low-fi (2D)</p> 	<p>Medium-fi</p> 	<p>High-fi</p> 	/NA	/NA	<p>*Animationen kan skifte 'fidelity' undervejs. Nogle elementer kan være af 'medium' fidelity, hvoraf de resterende elementer er 'low' fidelity etc.</p>
	<p>Low-fi 2D animationer har et mindre realistisk udseende og kan f.eks. undlade at have en baggrund. De er meget enkle og ofte uden ortodoks bevægelse. Bevægelsen kommer hovedsageligt i form af slides skift, tekststykker eller fra live optagelser.</p>	<p>Medium-fi animationer har et mere fyldestgørende udseende og kan gengive virkeligheden 'mere'. Der er flere detaljer i animationen hos både karaktererne og i baggrunden (detaljerne kan dog godt være abstrakte og give et kunstnerisk udseende).</p>	<p>High-fi animationer er fyldt med detaljer hos både karaktererne og i baggrunden (detaljerne kan dog godt være abstrakte og give et kunstnerisk udseende). Der bliver også ofte anvendt ortodoks bevægelse i disse animationer.</p>			
<p>Grafisk Fidelity (3D) Denne kategori omhandler niveauet af grafikken i 3D animationer.</p>	<p>Low-fi (3D)</p>  <p>Low-fi 3D animationer er mere enkle og simple objekter. Animationerne anvender ofte ikke ortodoks bevægelse. Bevægelsen kommer hovedsageligt i form af motion graphics (form af slides skift, tekststykker eller fra live optagelser).</p>	<p>Medium-fi (3D)</p>  <p>Medium-fi animationer har et mere fyldestgørende udseende og kan gengive virkeligheden 'mere'. Der er flere detaljer i animationen hos både karaktererne og i baggrunden (detaljerne kan dog godt være abstrakte og give et kunstnerisk udseende).</p>	<p>High-fi (3D)</p>  <p>High-fi animationer er fyldt med detaljer hos både karaktererne og i baggrunden (detaljerne kan dog godt være abstrakte og give et kunstnerisk udseende). Der bliver også ofte anvendt ortodoks bevægelse i disse animationer.</p>	/NA	/NA	<p>*Animationen kan skifte 'fidelity' undervejs. Nogle elementer kan være af 'medium' fidelity, hvoraf de resterende elementer er 'low' fidelity etc.</p>

Hvilken grafisk fidelity er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- 2D low-fi
- 2D medium-fi
- 2D high-fi
- 3D low-fi
- 3D medium-fi
- 3D high-fi

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.




Blev valget om 2D animation vs 3D animation besluttet, før produktionen gik i gang?

- Ja
- Nej

Blev valget om fidelity (low-, medium,- high) besluttet, før produktionen gik i gang?

- Ja
- Nej

Perspektiv

Perspektiv	1.Person	3.Person	Overview	/NA	/NA	Der kan bruges flere perspektiver på engang. *Se #pattern1 (Ingen bevægelse = brug af overview perspektiv)
Kategorien omhandler perspektivet i de forskellige scener i animationen.	 1.persons perspektiv, hvor seeren ser animationen fra karakterens visuelle synspunkt.	 3.persons perspektiv, hvor seeren ser karaktererne udefra.	 Overview er når der bliver zoomet ud af fortællingen for at give et helhedsbillede / overblik. Det kan f.eks. være at se en oversigt over en tidslinje, objekter der skal huskes til en undersøgelse osv. Overview perspektivet kan minde lidt om en PowerPoint præsentation.			

Hvilket perspektiv blev anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- 1.person
- 3.person
- Overview



Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Er valget af 'perspektiv' i animationen et aktivt valg, eller er 'perspektivet' opstået på baggrund af de andre endelige form- og indholdsvalg?

Perspektivet er medtænkt som et aktivt valg i udviklingen af animationen

Perspektivet er opstået på baggrund af de endelige form- og indholdsvalg

Bevægelses fidelity

Bevægelse	Ingen bevægelse	Low-fi	Medium-fi	High-fi	/NA	Et vigtigt element at medtænke er, hvor meget bevægelsen betyder for forståelsen af animationen.
Fidelity Denne kategori omhandler hvor realistisk bevægelsen er i animationen.	Statisk grafik uden ortodoks bevægelse, hvor den eneste bevægelse, der er til stede, er 'Motion Graphics'.	I denne kategori bliver der brugt ortodoks bevægelse (virkelighedstro). Der er fokus på de animeret menneskers bevægelse, og hvorvidt bevægelsen skaber en illusion af, at de følger de fysiske love. Ved low-fi animationer bliver der brugt meget lidt bevægelse (kun i nogle scener ikke alle), og ofte små bevægelser (række hånden op, tilte hovedet etc.).	I denne kategori bliver der brugt ortodoks bevægelse (virkelighedstro). Der er fokus på de animeret menneskers bevægelse, og hvorvidt bevægelsen skaber en illusion af, at de følger de fysiske love. Ved medium-fi animationer bliver der brugt bevægelse gennem store dele af animationen. Her er det en blanding af små bevægelse og hele kroppen (personer der går, håndtryk, løfte ting etc.)	I denne kategori bliver der brugt ortodoks bevægelse (virkelighedstro). Der er fokus på de animeret menneskers bevægelse, og hvorvidt bevægelsen skaber en illusion af, at de følger de fysiske love. Ved high-fi animationer bliver der brugt bevægelse gennem hele animationen. Bevægelsen virker derfor meget realistisk. Hele kroppen er generelt i bevægelse og bevægelsen er kontinuerligt fra start til slut (f.eks. et barn tager imod en madpakke, pakker den ned i tasken og rejser sig op).		*Se #pattern 1 (Ingen bevægelse = lyd får stor betydning) *Ingen bevægelse kan være med til at spare penge

Hvilken bevægelse fidelity er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

Ingen bevægelse (motion graphics)

Low-fi

Medium-fi





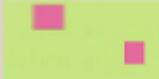

High-fi



Forklar dit valg

Dit jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/l skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/l har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/l har valgt at gøre dette. Hvis du/l ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Animationsgenre

Animationsgenre Denne kategori omhandler, hvor realistisk vs abstrakt det portrætteret i animationen er.	Ortodoks  	Eksperimentel  	Motion Graphics  	/NA	/NA	*Se #pattern4 (ingen fortæller = en mere eksperimentel genre)
	Mere dialog, realisme, narrativ form og fravær af kunstnerisk stil.	Mere kunstnerisk stil, abstrakt, fortolkning og mindre dialog	Bevægelsen af objekter såsom slides skift, tekst, billeder etc.			

Hvilken animationsgenre er blevet anvendt?

- Ortodoks
- Eksperimentel

Forklar dit valg

Dit jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/l skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/l har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/l har valgt at gøre dette. Hvis du/l ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Musik og lydeffekter

Musik & lydeffekter	Underlægningsmusik	Stemmingsmusik	Intro / outro	Lydeffekter	/NA	
Kategorien omhandler, hvordan musik og lydeffekter bliver implementeret i animationen.	Brugen af musik der har en mere neutral karakter.	Brugen af musik til at skabe- eller følge en specifik stemning (glad, dystre, etc.).	Brugen af musik som en del af introen/outtroen. Musikken påvirker derfor ikke informationen og indholdet i animationen	Brugen af lydeffekter i animationen.		<p>*Et vigtigt element at medtænke, ift. kategorien 'musik og lydeffekter', er hvorvidt implementeringen af disse vil forværrer, forbedrer eller bidrage med noget i animationen ift. borgerens forståelse samt oplevelse.</p> <p>*Se #Pattern1 (Ingen bevægelse = ingen musik)</p> <p>*Se #Pattern2 (ingen fortæller = stemningsmusik)</p> <p>*Stemmingsmusik og behandlingsforløb skal måske undgås</p>

Har du anvendt musik & lydeffekter? (Der kan vælges flere muligheder)

- Ingen lydeffekter og ingen musik
- Underlægningsmusik
- Stemmingsmusik
- Intro/outro musik
- Lydeffekter (foley)

Forklar dit valg

Ditjeres valg skal beskrives og begrundes. Du/l skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/l har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/l har valgt at gøre dette. Hvis du/l ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Varighed

Varighed	Kort	Mellem	Lang	/NA	/NA	Længden på sundhedsanimationerne er meget varierende. Dog er de fleste animationer under 5 min. I kortlægningen var animationerne inddelt som følgende: kort (24), mellem (27) og lang (18) – tre animationer har ukendt tid. Den korteste animation var 00:35 (en del af et behandlingsforløb – en animations samling). Den længste var 06:05 (enkelstående animation). *Se #pattern3 (animationer for børn – mellem/lang længde)
Denne kategori omhandler varigheden på animationerne.	Afhængig af animationen vil en kort video nok vare under 1 min 30 sek.	Afhængig af animationen vil en mellem video nok vare mellem 1 min 30 sek – 3 min.	Afhængig af animationen vil en lang video nok vare 3 min +			

Hvad er varigheden på den endelige animation?

- Kort varighed (00:01 - 01:30)
- Mellem varighed (01:31-03:00)
- Lang varighed (03:01 >)

Forklar dit valg

Dit valg skal beskrives og begrundes. Du skal lave en kort beskrivelse af, hvad du har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du har valgt at gøre dette. Hvis du ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Er varigheden et aktivt designvalg i animationen eller er varigheden opstået på baggrund af de endelige form- og indholdsvalg?

- Varigheden er et aktivt og velovervejet valg.
- Varigheden er et passivt valg, som opstod på grund af de endelige form- og indholdsvalg



Målgruppe

Målgruppe Denne kategori omhandler hvilken målgruppe, animationen henvender sig til.	Målgruppe Målgruppen kan indeholde områder såsom alder, målgruppe niveau, og bred målgruppe (den generelle befolkning) vs lille målgruppe (mænd med prostata kræft) osv.	/NA	/NA	/NA	/NA	Målgruppen kan være meget bred og er vigtig at få afklaret, før formen på animationen bliver valgt *Se #pattern3 (animationer for børn)
------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hvilke valg er blevet taget på baggrund af målgruppen (f.eks. fortæller køn, varighed etc.)?

I nedenstående kommentarfelt skal der listes de forskellige form- og indholdsvalg, der er blevet taget på baggrund af målgruppen.

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Tema

Tema	Sygdomsforklaring	Behandlingsforløb	Offentlig information (sundhed)	/NA	/NA	Der er mange slags temaer, og dette er blot et udpluk. Det er vigtigt at notere, hvilket tema(er) der er dominerende i animationen. *Se #pattern6 (Ikoner i sygdomsforklaring) *Se #pattern7 (Offentlig information (sundhed) form og indhold)
Denne kategori omhandler, hvilket tema(er) som animationen omhandler.	Sygdomsforklaring referer til animationer, hvor der bliver forklaret, hvordan sygdomsprocessen /problemet påvirker kroppen f.eks. bakterielle infektioner og kræft.	I behandlingsforløb er der oftest en samling af animationer, der forklarer, hvilket forløb borgeren skal igennem på f.eks. hospitalet eller hos lægen. Det kan være i et sygdomsforløb såsom ondt i lænden, prostata kræft osv.	Offentlig information (sundhed) referer til animationer omkring 'hverdagssygdomme' såsom forkølelse eller informationer omkring almindelig medicinbrug (antal, styrke osv.) Det er ikke en dybdegående forklaring af et problem eller sygdom.			

Hvilket tema er dominerende i denne animation?

- Sygedomsforklaring
- Behandlingsforløb
- Offentlig information (sundhed)
- Andet tema

Hvis du valgte 'andet tema', skal temæet skrives her.

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Målgruppe niveau

Indholdsvalg						
Kategori	Eksempel					Bemærkning
Målgruppe niveau Denne kategori omhandler sværhedsgraden af informationen præsenteret i animationen, og hvordan denne sværhedsgrad stemmer overens med borgerens vidensniveau.	Novice  Informationen er enkel og let forståelig. Informationen er beregnet til nybegyndere i emnet.	Øvet  Informationen er mere dybdegående og har til formål at bidrage med supplerende viden udover den 'nødvendige' mængde. Målgruppen kan stadigvæk være nybegyndere, men er måske i højere grad personer som har et ønske eller en interesse i at lære mere.	Ekspert  Informationen er detaljeret og dybdegående. Den henvender sig til personer, som allerede har en forståelse indenfor feltet og fungerer ofte som et format for fagfæller til fagfæller (f.eks. sygeplejerske til læger)	/NA	/NA	*Målgruppe kategorien har flere niveauer: <ul style="list-style-type: none"> Hvem er målgruppen? Hvilken viden har målgruppen allerede? Hvad er formålet med animationen? *Sundhedsanimationer bruger generelt ikke ekspertniveauet *Interaktivitet kan muligvis forbedre animationer der anvender ekspertniveauet

Hvilken målgruppe niveau er blevet anvendt?

- Novice
- Øvet
- Ekspert

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Fortæller køn

Fortæller (køn) Denne kategori omhandler fortællerstemmens køn.	Mand Brugen af en mandlig fortællerstemme i animationen.	Kvinde Brugen af en kvindelig fortællerstemme i animationen.	Barn Brugen af en barnestemme i animationen.	/NA	/NA	Når der skal vælges en fortællerstemme, kan der tages højde for følgende: <ul style="list-style-type: none"> Hvilket emne bliver portrætteret Hvilket køn har protagonisten Hvem er målgruppen <p>*Se #Pattern3 (animationer for børn bruger en barnestemme) *Se #Pattern5 (tendens til at bruge mandlig fortællerstemme) *Kvindelig fortællerstemme i sex- og sundhedsanimationer *Protagonistens køn kan påvirke modtagelsen af fortællerstemmen</p>

Hvilket fortæller køn er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- Ingen fortællerstemme
- Mandestemme
- Kvindestemme
- Barnestemme

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.



Fortæller pronominer

Fortæller pronominer	1.Person ental	2.Person ental	3.Person ental og flertal	1.Person flertal	Generelt	Når der skal vælges, fortæller pronominer, kan der tages hensyn til
Denne kategori omhandler pronominerne, der bliver anvendt af fortællerstemmen.	Brugen af jeg-, mig- og min-udsagn: "Okay, jeg downloader film fra nettet men hvad med jer selv? I kører også nogle gange for stærkt" "Orh, jeg glæder mig Pia"	Brugen af du-, dig- og din-udsagn: "Hvis du er i tvivl om, hvilke aftaler du har adgang til" "Din ven har brug for dig og din støtte"	Brugen af han-, hun-, de-, dem-udsagn: "Her er Hanne. Hun er sygeplejerske i lokalpsykiatrien" "Da de ankommer til skolen, skynder Frederik sig ud af bilen. Han har ikke lyst til at gå sammen med hans mor og lillesøster"	Brugen af os- og vi-udsagn: "Når mennesker omkring os eller vi selv bliver ramt af en alvorlig sygdom" "Værdier er vigtige for os, så vi arbejder ud fra værdiordene MOD"	Brugen af objektive udsagn: "Bakterier som også findes i mundhulen, vil fæstne sig til sukkeret og begynde at nedbryde det og danne syrer. På sigt kan syren ødelægge tændernes emalje og forudsagde huller (karies)"	<ul style="list-style-type: none"> Hvem er målgruppen? Hvad er temaet? <p>*Se #Pattern2 (fortæller i emotionelle emner har en tendens til at bruge 3.persons pronominer) *Se #Pattern3 (animationer for børn bruger hovedsageligt 3.persons pronominer) Animationen kan gøre brug af en blanding af pronominerne.</p>

Hvilke fortæller pronominer er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- 1.person ental (jeg, mig, etc.)
- 2.person ental (du, dig etc.)
3. person ental og flertal (han, hun, dem etc.)
1. person flertal (vi, os etc.)
- Generelt (objektive udsagn)

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Fortællertype

Fortællertype	3.Personsfortæller	Fysisk	Dialog	Ingen fortæller	/NA	
Denne kategori omhandler fortællertypen i animationerne.	Dette er brugen af en 'alt-vidende' 3.personsfortæller til at føre fortællingen. Fortællingen kan både tage udgangspunkt i udelukkende fiktive karakterer, men også fiktive karakter der skal forestille seeren (ved brug af du/dig etc.)	3.personsfortæller Den fysiske fortæller fungerer som en almindelig 3.personsfortæller. Fortælleren tager som sådan ikke aktiv del i historien (de andre karakterer 'ser' ikke fortælleren), men fortælleren kan forklare tanker og situationer der sker.	Når animationen bruger dynamikken af dialog / samtale mellem karaktererne. Det er dermed karaktererne, der selv snakker med hinanden.	Ingen fortæller er når animationen ikke gør brug af en voice-over (fortællerstemme) eller dialog. Animationen står for sig selv eller er kombineret med tekststykker.		*Dialog bliver sjældent brugt i sundhedsanimationer *3.personsfortæller er den mest brugte fortæller i sundhedsanimationer *Dialog er svær at tilpasse til et behandlingsforløb *Se #pattern4 (ingen fortæller = brug af tekststykker og stemningsmusik)

Hvilken fortællertype er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- Ingen fortæller
- 3.personsfortæller
- Fysisk 3.personsfortæller
- Dialog

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Diskurs

Diskurs	Instruktion	Dokumentar	Drama	Komisk	Neutral	Animationerne kan gøre brug af mere end én diskurs. F.eks. er der mange sundhedsanimationer, der gør brug af dokumentar + instruktion diskursen. *Neutral diskursen ses ofte med kategorien 'generelt' under fortæller pronominer.
Denne kategori omhandler, hvilken diskursive tilgang som animationen har omkring det specifikke emne (en nøgtern forklaring, en guide til hvordan emnet skal løses osv.).	Animationen har til formål at videregive informationer om, hvordan problemer eller situationer kan løses. F.eks. hvordan booker du tid hos din læge, eller hvordan man fjerner en flåt.	Animationen forsøger at skildre potentielle virkelige situationer eller fortællinger. Formålet er at fremhæve situationen eller problemet og ikke nødvendigvis at løse det. F.eks. vise hvordan en dagligdag kan se ud for en person med depression uden at snakke om værktøjer til at behandle depressionen (psykolog, medicin, hobbyer etc.)	Animationen følger berettermodellen eller lignende narrative strukturer med et fokus på præsentation, 'point of no return', konflikt og forløsning. F.eks. Frey er en ung normalvægtig kvinde, der er på vej hen til sin ven. En uskyldig kommentar sætter hendes tanker i gang, og hendes spiseforstyrrelse tager over. Hun aflyser hendes aftale og begynder at overmotionere. Hun går indtil, hun falder om af udmattelse og ender deprimeret i hendes seng.	Animationen bruger humor som et virkningsmiddel. Det kan ske gennem visuelle overdrivelser, 'sjove' lydeffekter, 'skøre' replikker osv. F.eks. i en intro, bliver en karakter præsenteret. Hvoraf dialogen lyder: 1: "Står jeg fint her?" 2: "Ja ja, det ser fint ud Victor.. Lad os bare komme i gang." 1: "Hvad med mit hår? Hvordan sidder mit hår? Er det okay?"	Animationen foregår nøgtern og gennem en mere objektiv beskrivelse. Den er mere logos præget og bruger f.eks. ikke rigtig patos. F.eks. Hvad er en rodbehandling, og hvad sker der i en krop under høfeber/allergi.	


Hvilken diskurs er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- Instruktion
- Dokumentar
- Drama
- Komisk
- Neutral

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Metaforer

<p>Metaforer Denne kategori omhandler brugen af metaforer og hverdagsituationer til at beskrive emner og problemer i animationen.</p>	<p>Visuel Visuelle metaforer er metaforer, der er blevet visualiseret i animationen.</p>  <p>F.eks. et skænderi bliver portrætteret gennem en stor røg sky. Det giver konnotationerne om, at det er usundt og ubehageligt, det der sker.</p>	<p>Talte Talte metaforer er metaforer, som ikke er blevet visualiseret i animationen, men som enten er tilstede gennem tekststykker eller fortællerstemmen.</p> <p>F.eks. sagt om depression: "Han har ondt i tankerne og følelserne". Her overføres meningen fra fysisk smerte (har 'ondt') over til psykiske problemer / smerter.</p>	<p>Hverdagsituationer</p> <p>I stedet for at bruge metaforer til at forklare visse problemområder (f.eks. rystende hænder), kan der bruges hverdagsituationer.</p> <p>F.eks. hvad kan det betyde for borgeren i hverdagen at have rystende hænder? Det kan betyde at skulle have hjælp til fjerne låg eller hjælp til at lyne sin jakke.</p>	/NA	/NA	<p>*Det kan være svært at finde på meningsfulde metaforer (både visuelle og talte). Hvis metaforen bliver presset ind i emnet, kan det gøre mere skade end gavn (borgeren skal overtænke for at forstå meningen). Her kan det være relevant at inddrage hverdagsituationer i stedet. *Se #pattern3 (animationer for børn – visuelle og talte metaforer) *Se #pattern4 (Ingen fortællerstemme = metaforer)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hvilke metaforer er blevet anvendt? (Der kan vælges flere muligheder)

- Ingen metaforer og eller hverdagsituationer
- Visuel metafor
- Talte metaforer
- Hverdagsituationer

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes. Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette skrives.

Hvor mange metaforer/ hverdagsituationer er blevet brugt (cirka)? Skriv antal (Skriv 0, hvis der ikke er blevet brugt nogen)

Ikonografi

<p>Ikonografi Denne kategori omhandler brugen af ikonografi og hvad små forskelle i ikonografien kan betyde for resultatet for borgeren.</p>	<p>Ansigtssudtryk</p>  <p>Afhængig af animationens tema og indhold kan forskellige ansigtssudtryk være nødvendige (smilende, neutral, bange osv.). Det er et vigtigt element at holde sig for øje.</p>	<p>Medicin</p>  <p>Mange animationer har visualiseret den relevante medicin til det specifikke helbredsproblem. Nogle har valgt at animere et 'anonymt' glas og andre har valgt at bruge navnet på medicinen f.eks. Ipren og Panodil.</p>	<p>Tekststykker</p>  <p>Tekststykker kan bruges som en erstatning for en voice-over, men de kan også bruges som en supplement til voice-overen. Med tekststykker menes der tekst, der er integreret i designet f.eks. i form af talebobler.</p>	/NA	/NA	<p>Ikonografien er omfangsrig og fyldt med en masse små valg af symboler og ikoner osv. Vi har valgt at fremhæve nogle af de ikoner, som er blevet evalueret gennem tidligere test.</p> <p>*Ansigtssudtrykket i animationerne er et stort fokus for borgerne *Medicin kan både vises uden- og med navn på *Tekststykker i stedet for fortællerstemmen og som supplement *Se #pattern4 (Ingen fortællerstemme = brug af tekststykker) *Se #pattern6 (Ikoner i sygdomsforklaring)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hvilken ikonografi er bærende i animationen (nævn op til fem ikoner)? (F.eks. ansigtssudtryk, medicin, tidslinje, integreret tekststykker, kalender etc.)

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes under "forklar dit valg". Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette også skrives under "forklar dit valg".

Subjektiv vs. objektiv

Subjektiv vs objektiv	Subjektiv	Objektiv	/NA	/NA	/NA	Det er vigtigt at bemærke, at når fakta bliver visualiseret, skaber vi som mennesker selv et narrativ / historie angående det præsenterede fakta. Derfor kan sundhedsanimationer aldrig blive 100%
Denne kategori omhandler den overordnede tilgang i animationen ift. brug af patos og logos elementer	Tilgangen og narrativet i animationen er præget af patos / følelser. Der kan f.eks. være et fokus på de tanker, følelser, oplevelser osv., som borgeren går igennem	Informationerne bliver fortalt gennem objektive udsagn og en mere neutral diskurs. Informationen bliver generelt ikke personliggjort. Et eksempel kunne				
	indenfor det pågældende emne. Informationen er funderet i fakta, men er tilkoblet en mere subjektiv fortælling. "Hvis du har slem lungebetændelse, vil du være meget træt og dårlig. Dit overskud til at lave daglige gøremål vil være lavt. Hvis lungebetændelsen skyldes bakterier, kan du blive behandlet med antibiotika"	være en nøgtern beskrivelse af, hvad lungebetændelse er, uden at man inddrager borgerens oplevelser. "Lungebetændelse er betændt lungevæv, der kommer efter infektion med bakterier eller virus. Behandling af bakteriel lungebetændelse kan ske via antibiotika"				objektive, men den subjektive del eller den objektive del kan være mere dominerende. I stedet for at se det som en kombination af subjektiv og objektiv, giver det mere mening at se på det, som en del af et kontinuum (hvor henne på skalaen ligger den pågældende animation).

Subjektiv vs objektiv

Er animationen mere subjektiv præget eller objektiv præget?

- Meget subjektiv
- Lidt subjektiv
- 50/50 subjektiv og objektiv
- Lidt Objektiv
- Meget Objektiv

Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes under "forklar dit valg". Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette også skrives under "forklar dit valg".



Forklar dit valg

Dit/jeres valg skal beskrives og begrundes under "forklar dit valg". Du/I skal lave en kort beskrivelse af, hvad du/I har gjort. Derefter skal der forklares hvilke overvejelser og hvilken viden (og eller praktisk erfaring), der ligger bagved valget, altså hvorfor du/I har valgt at gøre dette. Hvis du/I ikke har gjort jer nogle specifikke overvejelser ift. det pågældende form- og eller indholdsvalg, så skal dette også skrives under "forklar dit valg".

Hvis du fulgte ét eller flere mønstre; Var det planlagt eller tilfældigt?

- Vi fulgte ikke ét eller flere mønstre
- Sådan gør vi normalt - vi fik ikke inspiration af mønsteret
- Sådan gør vi ikke normalt - vi fik inspiration af mønsteret

Afsluttende spørgsmål



Hvilke form- og indholdsvalg har taget dig længst tid at lave (inkl. tiden brugt på overvejelser og forskellige variationer)?
(Baggrunden i animationen, bevægelse fidelity, animerede mennesker, lydeffekter, metaforer/hverdagssituationer etc.)

Hvilke form- og indholdsvalg har været 'dyrest' at lave (ift. tid, sværhedsgrad, etc.)?
(Baggrunden i animationen, bevægelse fidelity, animeret mennesker, lydeffekter, metaforer/hverdagssituationer etc.)

Er der andre relevante form- og indholdsvalg, som du har funderet over i løbet af din proces, som vi ikke har spurgt ind til?
Nævn de form- og indholdsvalg samt de overvejelser du har haft omkring dem i løbet af processen.



Hvad er budgettet for disse/denne animationsfilm? (Hvis animationen er en del af et animationsforløb, vil vi gerne have det samlede beløb).

**Hvordan er pengene distribueret?
(Research, koncept, storyboard, visualisering/animation, specifikke form- og indholdsvalg osv.).**

Bilag 2

En oversigt over de forskellige animatorers oplevelse af omkostningstunge- og tidskrævende processer. Denne tabel viser de processer som gik igen

Animationsprojekt	Gengangere i besvarelserne om omkostningstungt processer og processer der tog længst tid
1. CPK - operation	Manuskript
1. CPK - operation	Animation
2. Blodprop	Illustrationer
2. Blodprop	Animationsdelen
3. Børn og unge	Manuskript
3. Børn og unge	Illustrationer
4. Demens	Animation
4. Demens	Lydarbejde
4. Demens	Manuskript
5. Hammel Neurocenter	Manuskript
5. Hammel Neurocenter	Illustrationer
6. Abort	Ikke besvaret
7. Dysfagi	Animation
7. Dysfagi	Manuskript
8. Diabetesklinikken	Animatic
8. Diabetes klinikken	Animation
8. Diabetes klinikken	Rettelser til sidst (samarbejde fra klinikerne)
9. Fodsår	Animatic
9. Fodsår	Rettelser til sidst (samarbejde med klinikerne)

Bilag 3

En oversigt over for og imod forskellige designvalg. Tabellen tager udgangspunkt i animatorernes oplevelser samt besvarelser vedrørende omkostningstunge valg.

Designvalg	“For” designvalg (F.eks. positive effekter)	“Imod” designvalg (F.eks. omkostning eller mangel på værdi)
Lydeffekter	<p>1. CPK-operation</p> <p>“Havde budgettet været større, ville vi tilføje en lydkulisse til de seks film. Det ville samle filmene og give en venlig og varm stemning, som vi har implementeret gennem den boblende streg, figurvalg og ikoniske figurer.”</p> <p>“(…) en et, et, et vellavet lydbillede, en god lyd ville give en følelse af, at der er meget mere, end man lige ser. Altså det det lyden kan.</p> <p>D: Ja. Så hvis for eksempel den der bloddråbe den ramte og sagde ”blup”, den ville bare give noget ekstra - lidt dyrere, end det egentlig er. Men rent sådan og sådan, så tror jeg ikke, vi ville have valgt. Små lydeffekter kunne have gjort noget. Tror jeg“.</p> <p>7. Dysfagi</p> <p>“Jeg synes vi oplevede med demens-filmen, at de ruller lige lidt nemmere. Man ser dem lige færdige, når der lige er lidt underlægningslyd og noget, der lige</p>	<p>Omkostning</p> <p>Det kan være dyrt - Et eksempel om lydperson: ”Nogen tager 20.000 for en kortfilm, andre tager seks. Det er virkelig forskelligt”</p> <p>Lyd-personen arbejder både med eventuel musik, lydeffekter men også speak (fortæller).</p> <p>2. Blodprop</p> <p>“Altså jeg har ligesom bare ikke, det er ikke sådan noget, jeg sådan har tænkt manglede, eller hvad man kan sige. Altså jeg har ikke følt at det, at det nødvendigvis ville bidrage”.</p> <p>“Nej, altså, man kan jo sige, det, det ville selvfølgelig gøre et eller andet ved oplevelsen, hvis der var mere lyd og lydeffekter og sådan noget på, men jeg, jeg tror ikke, at det ville, det ville øge forståelsen, altså. Jeg tror ikke, at det er noget der ville. Det kan jo godt være at sådan noget, at hvad kan man sige, at, at under-underholdningsværdien måske ville være en anelse større, men jeg tror ikke at, at forståelsen, at den nødvendigvis ville gøre noget for forståelsen af den. Det ville sådan lidt et, et add on, tror jeg”.</p>



	<p>supporter de små ikoner og så videre. Det handler ikke så meget om æstetik, hvis, men det kan holde folk fanget, der er sådan en tilfredshed, når du lige ser sådan en tallerken, der lige sådan wup wup, siger et eller andet, når den bevæger sig. Det er forbløffende hvad det gør, det er fuldstændig ligesom når vi får en besked på vores telefon, ligesom man reagerer lige på det. Sådan, lyden skal være god, ligesom på en bildør, der smækker og sådan noget. En god, dyr bil behagelig, dump lyd, ikke? Det er der en årsag til, det er der jo folk, der sidder og specialiserer sig i.”</p>	
<p>Grafisk fidelity (medium-fidelity)</p>	<p>3. Børn og unge - Diabetes</p> <p>“Min vurdering er at det farverige udtryk i medium fidelity fanger børnene bedre end et mere simpelt low-fi univers. Man vil nok godt kunne overlevere de samme informationer i et low-fi univers, men jeg tror ikke det vil fastholde målgruppen på samme måde. Her tror jeg det farverige cartoon-univers fungerer bedre. Det er et bevidst valg ikke at gøre det mere hi-fi. Både med reference til at have "affordable animation" for øje, men også for at skabe nogle lidt mere abstrakte karakterer, som målgruppen måske bedre kan relatere sig til.</p> <p>2. Blodprop</p> <p>“Jeg har valgt 2D medium-fi, da det passer fint til mængden af information. Filmen er relativt lang, så animationsmængden og kompleksiteten er afstemt i forhold til det. Man kunne godt have valgt en 2D low-fi</p>	<p>Omkostning</p> <p>Illustrationer var et af de områder som generelt var omkostningstungt, fandt vi frem til i det tidligere afsnit. Hvilket f.eks. kan betyde, at vi ikke skal sigte efter 2D high-fi grafik. Men forskellen mellem 2D low-fi og 2D medium-fi er måske generelt ikke så stor ift. at kunne se en forskel, da dette afhænger af animatorerne og deres stilart.</p>



	<p>løsning til animationen, men jeg følte at det var vigtigt at illustrationerne af kroppen med blodårer osv. ikke blev alt for simpelt. Jeg vil samtidig vurdere at der ikke vil være den store tidsbesparelse, da illustrationerne er relativt simple.”</p> <p>6. Abort</p> <p>“Men altså, sådan detaljegrad og kvalitet og alt det der, det var, det bare. Jeg synes, det spillede godt sammen, fordi vi er i et klinisk univers, der skal ikke være en hel masse tekstur og detaljer og sådan noget. Det er meget sagligt og minimalistisk og så, så bruger vi jo så farverne til at skabe varme og til og skabe miljø. Så for, for få midler og med, med et meget simpelt designsprog. Det var udgangspunktet, fordi vi vidste godt, det var en, en stor opgave. Så vi skulle virkelig køre økonomisk på den. Og det var jo, det er jo fint nok, når vi er, taler om sundhed. Altså så var det jo også, det var det rigtige valg uanset hvad, ik, altså. Også selvom de havde haft en million kroner, så havde det også været det rigtige valg og lave det så simpelt og enkelt her”</p>	
<p>Bevægelse</p>	<p>6. Abort</p> <p>“Men det er jo, vi har forsøgt at gøre det, det, det minimum nødvendige for og holde liv i det. Nogle gange så er det bare et øjenblink, så lever det. Og for eksempel i intros scenen eller i helt i starten, der sad der to kvinder om, de til konsultation ikke også. De sidder og blinker lidt, den ene tager lige håret om</p>	<p>Omkostning</p> <p>Det kan betyde en væsentlig dyre produktion. Det vidste sig, i afsnittet om omkostningstunge valg, at det er et af de valg der er klart mest omkostningstungt.</p>



	<p>bag øret, fordi så ved vi, hun er et levende menneske, det kunne være mig, ik. Og resten af tiden sidder de bare og blinker og smiler, ikke også. Måske kigger de lidt på hinanden, hvis det er en meget lang scene, så skal man sørge for, der lige sker lidt ikke også. Men vi kører efter absolut minimum, for at man stadigvæk tror på, de lever dem her. Og så kan det være sådan nogen ting, nej, vi, vi laver ikke en scene, hvor man ser nogen gå ovre fra døren af og sætte sig på sengen, vi lavede lige præcis et, et klip hvor en veninde åbner døren, står stille, og så laver vi et close up, hvor hun lige lander ved siden af sin søster på sengen for og spare en masse animation. Men det giver også mening historiemæssigt, fordi hvorfor skal vi se hende gå det stykke der det, det er irrelevant, ikke også. Og nogen steder har vi også bare brugt en ren still time. For eksempel der ring til mødrehjælpen. Der står hun bare med sin telefon, men hun bor, står på en afslappende måde, ikke også ”</p>	
<p>Baggrund i animation (“fjern baggrundsstøj” - hvor baggrunden ikke er essentiel for fortællingen)</p>	<p>7. Dysfagi “Man kan, nu skruede vi lidt op for, at de har rynker, og hele og sådan nogle ting, men der er stort set ingen baggrund. Altså det er jo ligesom, der var et valg dér, og det var at sige, vi skal ikke brug baggrunde til noget som helst i den her. Der er ikke noget narrativ i gang, vi skal ikke sætte nogen scene på noget tidspunkt. Der er kun ét, det er det, hvor hun sidder i den her større sal og spiser. Og der brugte vi egentlig</p>	<p>Eventuelt problem Hvis man fjerner for meget af baggrunden, og dermed giver animationen det her meget simple udseende, vil det måske kunne resultere i, at det er svære at opretholde folks opmærksomhed. Dog var dette ikke tilfældet i brugertesten af CPK-operation animationerne, hvor animationsstilen var meget enkel (dog med meget simple baggrunde til tider) og andre gange klip med udelukkende ikoner eller lignende.</p>

	<p>omgivelserne til at forklare ensomheden, eller fraværet af den her person, som får dysfagi. Så der ligger jo et valg dér, i at sige, vi har skruet op på detaljegraden på figurerne.</p> <p>6. Demens</p> <p>“ Vi var bevidste om, at vi gerne ville give en stemning af hverdag - og almindelige steder, f.eks. hos lægen. Men vi vidste også, at primærmodtageren (demensramte +60 år) har svært ved at forholde sig til mange ting på en gang. Derfor er f.eks. baggrundene karakteriserede med elementer her og der, men de er ikke overlæssede med "rigtige" detaljer. Der er nok til at vække genklang, f.eks. at nu er man hos lægen osv.”</p> <p>At fjerne “baggrundstøj / baggrunde” hvor baggrunden ikke er nødvendig, er også potentiel med til at hjælpe på at illustrationerne ikke bliver lige så omkostningstunge, som de kan blive.</p>	
<p>Musik</p>	<p>3. Børn og unge</p> <p>“Jeg har valgt at anvende underlægningsmusik under speaken for at bløde stemingen lidt op, da emnet kan være lidt svært for målgruppen. Jeg har ikke vurderet at der har været behov for at lægge lydeffekter på, da speaken er meget bærende, og effekter muligvis kan forstyrre lidt.”</p>	<p>2. Blodprop</p> <p>“Jeg har ikke valgt underlægningsmusik til denne film. Det har givet en fin ro at det kun er speakeren der er på, og der har ikke været konkrete ønsker om en underlægningsmusik på denne film.”</p> <p>8. Diabetes klinikken</p> <p>“Klinikerne ønskede ingen musik eller lydeffekter. Dette gør indholdet sagligt og konkret. Der var intet behov for at tydeliggøre bevægelser eller elementer med understøttende</p>



		<p>lyd. Musik var et helt no-go og virker forkert eller useriøst - misledende for det indhold der følger. Der skulle ikke tages særligt hensyn til en udsat patientgruppe her. Det er ret nøgtern information.”</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Bilag 4

Spørgeskema til animation om dysfagi

Vil du besvare spørgeskemaet og give samtykke til at vi må bruge dine svar til at blive klogere på brugen af animationsfilm i sundhedsvæsenet? Ja Nej

Tak for din besvarelse

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen eller spørgeskemaet, er du velkommen til at kontakte Line Borreskov Dahl på tlf. 78 41 60 23.

Med venlig hilsen

Line Borreskov Dahl
Projektleder, Cand.scient.san.
Center for Planlagt Kirurgi -Forskningsenheden
Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3 • DK-8600 Silkeborg
Tlf. direkte +45 78 41 60 23 • E-mail: liedhl@rm.dk

Vil du give tilladelse til vi kontakter dig, hvis vi ønsker at vide mere? Ja Nej

Angiv dit navn
(Fornavn er tilstrækkelig, hvis du ønsker anonymitet) _____

Angiv dit telefonnummer _____

Gentag dit telefonnummer _____

Angiv din E-mail adresse _____

Gentag din E-mail adresse _____

Angiv dags dato _____

Har du set animationsfilmen om dysfagi inden du besvarer dette spørgeskema? Ja Nej

Hvis du ikke har set animationsfilmen, bedes du går tilbage på hjemmesiden og se den inden du besvarer dette spørgeskema. _____

Oplever du spise-, drikke-og synkebesvær (dysfagi)? Ja Nej

Er du pårørende til en borger med spise-, drikke-og synkebesvær? Ja Nej



Får du mail fra det offentlige via e-boks eller er du undtaget e-boks?	<input type="radio"/> Ikke undtaget e-boks <input type="radio"/> Undtaget e-boks
Hvor har du modtaget invitation til undersøgelsen?	<input type="radio"/> Sundhedscenter <input type="radio"/> Facebook <input type="radio"/> Regional eller kommunal hjemmeside <input type="radio"/> Fået udleveret et kort med information på papir (en flyer) <input type="radio"/> Brev via e-boks <input type="radio"/> Ambulatoriet på Hammel Neurocenter
Er du mand eller kvinde?	<input type="radio"/> Mand <input type="radio"/> Kvinde
Angiv din alder? (angives i hele år)	_____
Har du en kronisk sygdom?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Angiv hvor mange kroniske sygdomme du har	<input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-5 <input type="radio"/> 5-10 <input type="radio"/> Flere end 10
Tager du medicin dagligt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Angiv hvor mange forskellige slags læge ordinerede medicin du tager om dagen	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Flere end 5
Hvad er din civilstatus?	<input type="radio"/> Enlig/bor alene <input type="radio"/> Gift/samboende
Hvad er din højeste uddannelse?	<input type="radio"/> Grunduddannelse (Folkeskole) <input type="radio"/> Ungdomsuddannelse (Gymnasium, Handelsskole, Teknisk skole) <input type="radio"/> Faglært <input type="radio"/> Videregående uddannelse (bachelor, kandidat niveau) <input type="radio"/> Videregående uddannelse (Ph.d. niveau)
Hvordan ser din arbejdsituation ud i dag?	<input type="radio"/> I arbejde <input type="radio"/> Ikke i arbejde. Eksempelvis studerende, ledig eller hjemmegående <input type="radio"/> Sygemeldt/førtidspension <input type="radio"/> Efterløn eller pensionist



Følgende spørgsmål omhandler indholdet af den animationsfilm du har set. Angiv én af de 4 valgmuligheder, afhængigt af hvilket ord du mener mangler i sætningen.

Dysfagi en samlet betegnelse for _____	<input type="radio"/> Spise-, drikke-, og taleproblemer <input type="radio"/> Spise-, drikke-, tygge- og synkeproblemer <input type="radio"/> Spise-, drikke-, tale- og tandproblemer <input type="radio"/> Spise-, drikke-, og hosteproblemer
Ved dysfagi oplever du IKKE symptomer som _____	<input type="radio"/> Hoster eller rømmer dig, når du spiser og drikker <input type="radio"/> Hovedpine og diarré <input type="radio"/> Smerter i halsen <input type="radio"/> Ofte lungebetændelse
Underernæring og gentagne lungebetændelse betyder, at du _____ og har svært ved at udføre almindelige aktiviteter i din dagligdag.	<input type="radio"/> Tager på i vægt <input type="radio"/> Taber muskelmasse <input type="radio"/> Ikke kan finde ro <input type="radio"/> Hoster
Dysfagi kan have store _____ omkostninger	<input type="radio"/> Økonomiske <input type="radio"/> Personlige <input type="radio"/> Sociale og personlige <input type="radio"/> Humanitære
Hvis du har mistanke om dysfagi og tager kontakt til egen læge eller plejepersonalet kan de henvise dig til en _____	<input type="radio"/> Fysioterapeut <input type="radio"/> Ergoterapeut <input type="radio"/> Socialrådgiver <input type="radio"/> Sygeplejerske
Du kan modtage information om dysfagi og vejledning i hvilken _____	<input type="radio"/> Konsistens i mad og drikke, der er bedst for dig lige nu <input type="radio"/> Mad og drikke der kan give dig et vægttab <input type="radio"/> Hostemiddel der er mest effektivt <input type="radio"/> Slags bestik du bør bruge
Der findes _____ typer konsistenser af mad	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Det er vigtigt at du _____ for at mindske risiko for fejlsynkning	<input type="radio"/> Står op <input type="radio"/> Sidder rigtigt <input type="radio"/> Ligger ned <input type="radio"/> Sidder ned
Det er vigtigt, at du fjerner belægninger og madrester i tænderne efter hvert måltid, da det nedsætter risikoen for _____.	<input type="radio"/> Diarré <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Huller i tænderne <input type="radio"/> Hosteanfald
Kontakt _____, hvis du har brug for hjælp til tilberedning af mad med den rette konsistens	<input type="radio"/> Egen læge <input type="radio"/> Diætisten <input type="radio"/> Sundhedscentret <input type="radio"/> Visitationen i din kommune

Samlet score info optag



Følgende 7 områder handler om din fortrolighed med medicinvejledninger, din opfattelse af tilgængeligheden af sundhedsinformation, sundhed og sygdom generelt og til slut om din fortrolighed med computere. Angiv én af de 4 valgmuligheder, afhængigt af hvilket ord du mener mangler i sætningen.

1. Fortrolighed med Medicinvejledning

Forstil dig dette er en indlæggsseddel vedrørende Panodil tabletter 500mg.
(Panodil er det samme som Pamol, Pinex og Paracetamol)

Du kan _____ Panodil uden recept

- Se
- Få
- Er
- Gå

Panodil virker _____ og febernedsættende

- Smertestillende
- Smertestimulerende
- Smertegrænse
- Smørende

Hvis din læge har _____ Panodil til dig, skal du altid følge lægens anvisning

- Ordentlig
- Ordineret
- Orkestret
- Ordstyrer

Er du i tvivl, så spørg lægen eller på _____.

- Biblioteket
- Applet
- Apoteket
- Modkrav

Den sædvanlige dosis for voksne er 2 tabletter a' 500 mg (i alt _____ mg) 3-4 gange dagligt

- 250
- 1000
- 3000
- 4000

og højst _____ tabletter (i alt 4000 mg) dagligt.

- 2
- 4
- 6
- 8

(I enkelte tilfælde kan 1 tablet på 500 mg 3-4 gange dagligt være tilstrækkeligt).

Dosis til børn afhænger af barnets vægt. Børn må få 50 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Hvis barnet f.eks. vejer 30 kg vil dosis maksimalt være _____ mg i døgnnet.

- 500
- 1000
- 1500
- 3000

(Kontakt lægen, skadestuen eller apoteket, hvis du har taget flere Panodiltabletter, end der står i denne information, eller flere end lægen har foreskrevet. Tag pakningen med).



En _____ dosis Panodil end den anbefalede er farlig og kan give langvarig skader.

- Sødere
- Mindre
- Større
- Mængde

(Det kan ødelægge leveren og i nogle tilfælde også nyrerne, bugspytkirtlen og knoglemarven).

Det er vigtigt, at du søger _____ så hurtigt som muligt ved mistanke om overdosering.

- Væk
- Læge
- Tandlæge
- Læbe

(Symptomer på overdosering kan være kvalme, opkastninger, ømhed/smerter i maven, utilpashed, gulsot og misfarvning af urin og afføring).

I værste fald vil du efter ca. 3 døgn miste _____ og dø af leversvigt.

- Bevisførelsen
- Benovelsen
- Beslutsomheden
- Bevidstheden

2. Adgang til informationer om sundhed og sundhedstjenester

På en skala fra meget svært til meget let, hvor let vil du så sige, det er at:

	Meget svært	Svært	Let	Meget let
... finde information om behandling af sygdomme, du vil vide mere om?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde ud af, hvor du kan få professionel hjælp, når du er syg? (fx af en læge, på apoteket, af en psykolog)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... forstå, hvad din læge siger til dig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde information om, hvad man kan gøre ved psykiske problemer som stress og depression?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... beslutte på basis af information i medierne, hvordan du vil beskytte dig selv mod sygdom? (fx aviser, brochurer, internettet eller andre medier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde oplysninger om vaner, der er gode for din psykiske trivsel (fx meditation, motion, gåture osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... forstå råd om sundhed fra familie eller venner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- ... vurdere, hvordan dine daglige vaner har indflydelse på din sundhed? (fx drikke- og spisevaner, motion osv.)
- ... følge vejledning fra din læge eller apoteket?

3. Hvor stor et kendskab har du til følgende inden for sundhed og sygdom?

Vurdér på en skala fra intet kendskab til fuldt kendskab, hvor stort et kendskab du har til følgende.

	Intet kendskab	Lidt kendskab	Nogen kendskab	Fuldt kendskab
Rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abstinenser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respirator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Spørgsmål om sundhed og sygdom

Vælg den svarmulighed, som du mener er den rigtige til hvert af de seks spørgsmål om krop, sundhed og sygdom.

Når du modtager et blodprøvesvar, hvad er hæmoglobin så et udtryk for? Din blodtype
 Dine blodplader
 Din blodprocent
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad betyder fraktur? Opkastning
 Knoglebrud
 Nyresvigt
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvilket andet ord kan man bruge istedet for ordet "parese"? Lammelse
 Befrugtning
 Skalpel
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Nefrologi er læren om Leversygdomme
 Nervesygdomme
 Nyresygdomme
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad er en af leverens hovedfunktioner? Afgiftning af blodet
 Iltning af blodet
 Produktion af urin
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad er en af bugspytkirtlens hovedfunktioner? At ilte blodet
 At producere mavesyre
 At producere insulin
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker



5. Hvor fortrolig er du med computere?

Vurdér på en skala fra slet ikke fortrolig til helt fortrolig.

(Som støtte til dig, er den engelske oversættelse med i parentes)

	Slet ikke fortrolig	Lidt fortrolighed	Nogen fortrolighed	Helt fortrolig
Tastatur (keyboard)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indstillinger (settings)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopier og indsæt (Copy paste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trådløst netværk (Wifi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styresystem, fx Windows (operating system)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugernavn (username)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Din brug af computer

Vurdér på en skala fra helt usikker til helt sikker din brug af computer.

	Helt usikker	Lidt usikker	Noget sikker	Helt sikker
At bruge en computer i det hele taget?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At bruge en anden computer end din egen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At finde informationer på internettet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At benytte touchscreen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Din oplevelse af computere

Vurdér på en skala fra helt uenig til helt enig.

	Helt uenig	Lidt uenig	I nogen grad enig	Helt enig
Jeg interesserer mig for at bruge computer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er glad for min computer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ikke bange for at afprøve nye funktioner på computeren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er åben for nye muligheder for brug af computere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bilag 5

Spørgeskema Til Animation på Operationsdagen

Page 1

Vil du besvare spørgeskemaet og give samtykke til at vi må bruge dine svar til at blive klogere på brugen af animationsfilm i sundhedsvæsenet? Ja Nej

Tak for din besvarelse

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen eller spørgeskemaet, er du velkommen til at kontakte Line Borreskov Dahl på tlf. 78 41 60 23.

Med venlig hilsen

Line Borreskov Dahl
Projektleder, Cand.scient.san.
Center for Planlagt Kirurgi - Forskningsenheden
Regionshospitalet Silkeborg, Hospitalsenhed Midt
Falkevej 1-3 ■ DK-8600 Silkeborg
Tlf. direkte +45 78 41 60 23 ■ E-mail: liedhl@rm.dk

Vil du give tilladelse til vi kontakter dig, hvis vi ønsker at vide mere? Ja Nej

Angiv dit navn

Angiv dit telefonnummer

Gentag dit telefonnummer

Angiv din E-mail adresse

Gentag din E-mail adresse

Angiv dags dato

Har du set animationsfilmen 'På operationsdagen' inden du besvarer dette spørgeskema? Ja Nej

Hvis du ikke har set animationsfilmen, bedes du gå tilbage på hjemmesiden og se den inden du besvarer dette spørgeskema.

Er du af os (HE-Midt) blevet introdukeret til andre animationsfilm i forbindelse med din nuværende operation? Ja Nej

Får du mail fra det offentlige via e-boks eller er du undtaget e-boks? Ikke undtaget e-boks Undtaget e-boks



I hvilken afdeling skal du opereres?	<input type="radio"/> Center for Planlagt Kirurgi i Silkeborg <input type="radio"/> Kvindesygedomme og fødsler <input type="radio"/> Capio Privathospital <input type="radio"/> Ortopædkirurgisk i Viborg
Hvilken afdeling?	<input type="radio"/> Skørping <input type="radio"/> Viborg <input type="radio"/> Hellerup <input type="radio"/> Århus <input type="radio"/> Odense
Er du mand eller kvinde?	<input type="radio"/> Mand <input type="radio"/> Kvinde
Angiv din alder? (angives i hele år)	_____
Har du en kronisk sygdom?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Angiv hvor mange kroniske sygdomme du har	<input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-5 <input type="radio"/> 5-10 <input type="radio"/> Flere end 10
Tager du medicin dagligt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Angiv hvor mange forskellige slags læge ordinerede medicin du tager om dagen	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Flere end 5
Hvad er din civilstatus?	<input type="radio"/> Enlig/bor alene <input type="radio"/> Gift/samboende
Hvad er din højeste uddannelse?	<input type="radio"/> Grunduddannelse (Folkeskole) <input type="radio"/> Ungdomsuddannelse (Gymnasium, Handelsskole, Teknisk skole) <input type="radio"/> Faglært <input type="radio"/> Videregående uddannelse (bachelor, kandidat niveau) <input type="radio"/> Videregående uddannelse (Ph.d. niveau)
Hvordan ser din arbejdssituation ud i dag?	<input type="radio"/> I arbejde <input type="radio"/> Ikke i arbejde. Eksempelvis studerende, ledig eller hjemmegående <input type="radio"/> Sygemeldt/førtidspension <input type="radio"/> Efterløn eller pensionist



Følgende spørgsmål omhandler indholdet af den animationsfilm du har set. Angiv én af de 4 valgmuligheder, afhængigt af hvilket ord du mener mangler i sætningen.

Hvor starter dine forberedelser inden operationen? _____.	<input type="radio"/> I hjemmet <input type="radio"/> På hospitalet <input type="radio"/> Hos egen læge <input type="radio"/> Hos fysioterapeuten
Du skal starte med at faste _____ før dit mødetidspunkt (stoppe med at spise).	<input type="radio"/> 4 timer <input type="radio"/> 6 timer <input type="radio"/> 8 timer <input type="radio"/> 12 timer
To timer før dit mødetidspunkt må du gerne drikke _____. (Dette gælder ikke hvis du har en diabetes)	<input type="radio"/> 2 glas mælk <input type="radio"/> 2 glas saft, vand, te eller kaffe uden mælk <input type="radio"/> 2 glas juice <input type="radio"/> 2 glas smoothie
Når du tager bad inden operationen er det vigtigt at du _____.	<input type="radio"/> Bruger speciel sæbe <input type="radio"/> Vasker de områder markeret i animationen <input type="radio"/> Smører dig ind i creme <input type="radio"/> Benytter et badekar
Det er vigtigt at du tørrer dig med et _____ håndklæde.	<input type="radio"/> Vådt <input type="radio"/> Tørt <input type="radio"/> Rent <input type="radio"/> Beskidt
Du må IKKE have _____ på når du skal opereres.	<input type="radio"/> Operationstøj <input type="radio"/> Smykker, Piercing eller kontaktlinser <input type="radio"/> Tatoveringer <input type="radio"/> Operationsstrømper
Din medicin skal medbringes i _____.	<input type="radio"/> Doseret tilstand <input type="radio"/> Originale æsker <input type="radio"/> En pose <input type="radio"/> Din håndbagage
Når du møder byder vi dig velkommen. Vær opmærksom på at der kan være _____.	<input type="radio"/> God tid <input type="radio"/> Ventetid <input type="radio"/> Lukket <input type="radio"/> Sommertid
Når det er muligt, vil personalet hjælpe dig ud af sengen, da det mindsker risikoen for _____.	<input type="radio"/> Overbelægning på hospitalet <input type="radio"/> Komplikationer <input type="radio"/> Overvægt <input type="radio"/> Søvnproblemer
Er du i tvivl om noget, så kontakt _____.	<input type="radio"/> Egen læge <input type="radio"/> Afdelingen hvor du skal indlægges <input type="radio"/> Vagt lægen <input type="radio"/> Apoteket



Følgende 7 områder handler om din fortrolighed med medicinvejledninger, din opfattelse af tilgængeligheden af sundhedsinformation, sundhed og sygdom generelt og til slut om din fortrolighed med computere. Angiv én af de 4 valgmuligheder, afhængigt af hvilket ord du mener mangler i sætningen.

1. Fortrolighed med Medicinvejledning

Forstil dig dette er en indlægsseddel vedrørende Panodil tabletter 500mg.
(Panodil er det samme som Pamol, Pinex og Paracetamol)

Du kan _____ Panodil uden recept

Se
 Få
 Er
 Gå

Panodil virker _____ og febernedsættende

Smertestillende
 Smertestimulerende
 Smertegrænse
 Smørende

Hvis din læge har _____ Panodil til dig, skal du altid følge lægens anvisning

Ordentlig
 Ordineret
 Orkestret
 Ordstyrer

Er du i tvivl, så spørg lægen eller på _____.

Biblioteket
 Applet
 Apoteket
 Modkrav

Den sædvanlige dosis for voksne er 2 tabletter a' 500 mg (i alt _____ mg) 3-4 gange dagligt

250
 1000
 3000
 4000

og højst _____ tabletter (i alt 4000 mg) dagligt.

(I enkelte tilfælde kan 1 tablet på 500 mg 3-4 gange dagligt være tilstrækkeligt).

2
 4
 6
 8

Dosis til børn afhænger af barnets vægt. Børn må få 50 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Hvis barnet f.eks. vejer 30 kg vil dosis maksimalt være _____ mg i døgn.

500
 1000
 1500
 3000

(Kontakt lægen, skadestuen eller apoteket, hvis du har taget flere Panodiltabletter, end der står i denne information, eller flere end lægen har foreskrevet. Tag pakningen med).



En _____ dosis Panodil end den anbefalede er farlig og kan give langvarig skader.	<input type="radio"/> Sødere <input type="radio"/> Mindre <input type="radio"/> Større <input type="radio"/> Mængde
(Det kan ødelægge leveren og i nogle tilfælde også nyrerne, bugspytkirtlen og knoglemarven).	
Det er vigtigt, at du søger _____ så hurtigt som muligt ved mistanke om overdosering.	<input type="radio"/> Væk <input type="radio"/> Læge <input type="radio"/> Tandlæge <input type="radio"/> Læbe
(Symptomer på overdosering kan være kvalme, opkastninger, ømhed/smerter i maven, utilpashed, gulsot og misfarvning af urin og afføring).	
I værste fald vil du efter ca. 3 døgn miste _____ og dø af leversvigt.	<input type="radio"/> Bevisførelsen <input type="radio"/> Benovelsen <input type="radio"/> Beslutsomheden <input type="radio"/> Bevidstheden

2. Adgang til informationer om sundhed og sundhedstjenester

På en skala fra meget svært til meget let, hvor let vil du så sige, det er at:

	Meget svært	Svært	Let	Meget let
... finde information om behandling af sygdomme, du vil vide mere om?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde ud af, hvor du kan få professionel hjælp, når du er syg? (fx af en læge, på apoteket, af en psykolog)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... forstå, hvad din læge siger til dig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde information om, hvad man kan gøre ved psykiske problemer som stress og depression?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... beslutte på basis af information i medierne, hvordan du vil beskytte dig selv mod sygdom? (fx aviser, brochurer, internettet eller andre medier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde oplysninger om vaner, der er gode for din psykiske trivsel (fx meditation, motion, gåture osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... forstå råd om sundhed fra familie eller venner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- ... vurdere, hvordan dine daglige vaner har indflydelse på din sundhed? (fx drikke- og spisevaner, motion osv.)
- ... følge vejledning fra din læge eller fra apoteket?

3. Hvor stor et kendskab har du til følgende inden for sundhed og sygdom?

Vurdér på en skala fra intet kendskab til fuldt kendskab, hvor stort et kendskab du har til følgende.

	Intet kendskab	Lidt kendskab	Nogen kendskab	Fuldt kendskab
Rehabilitering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abstinenser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respirator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Spørgsmål om sundhed og sygdom

Vælg den svarmulighed, som du mener er den rigtige til hvert af de seks spørgsmål om krop, sundhed og sygdom.

Når du modtager et blodprøvesvar, hvad er hæmoglobin så et udtryk for? Din blodtype
 Dine blodplader
 Din blodprocent
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad betyder fraktur? Opkastning
 Knoglebrud
 Nyresvigt
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvilket andet ord kan man bruge istedet for ordet "parese"? Lammelse
 Befrugtning
 Skalpel
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Nefrologi er læren om Leversygdomme
 Nervesygdomme
 Nyresygdomme
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad er en af leverens hovedfunktioner? Afgiftning af blodet
 Iltning af blodet
 Produktion af urin
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker

Hvad er en af bugspytkirtlens hovedfunktioner? At ilte blodet
 At producere mavesyre
 At producere insulin
 Jeg vil spørge en anden, da jeg er usikker



5. Hvor fortrolig er du med computere?

Vurdér på en skala fra slet ikke fortrolig til helt fortrolig.
(Som støtte til dig, er den engelske oversættelse med i parentes)

	Slet ikke fortrolig	Lidt fortrolighed	Nogen fortrolighed	Helt fortrolig
Tastatur (keyboard)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indstillinger (settings)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopier og indsæt (Copy paste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trådløst netværk (Wifi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Styresystem, fx Windows (operating system)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brugernavn (username)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Din brug af computer

Vurdér på en skala fra helt usikker til helt sikker din brug af computer.

	Helt usikker	Lidt usikker	Noget sikker	Helt sikker
At bruge en computer i det hele taget?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At bruge en anden computer end din egen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At finde informationer på internettet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At benytte touchscreen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Din oplevelse af computere

Vurdér på en skala fra helt uenig til helt enig.

	Helt uenig	Lidt uenig	I nogen grad enig	Helt enig
Jeg interesserer mig for at bruge computer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er glad for min computer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ikke bange for at afprøve nye funktioner på computeren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er åben for nye muligheder for brug af computere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>