

Karusellprojektet

Verksamhet: Vuxenhabiliteringen,
Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne

Projektansvarig enhetschef: Mona Eriksson, Vuxenhabiliteringen
Sydvästra Skåne, Malmö
mona.eriksson@skane.se

Projektets medarbetare: Sjukgymnast Jenny Björkman
Vuxenhabiliteringen Malmö

Psykolog Susanne Fejne
Vuxenhabiliteringen Malmö
susanne.fejne@skane.se

Sjukgymnast Carina Lindén
Vuxenhabiliteringen Malmö
carina.a.linden@skane.se

Arbetsterapeut Ann-Christin Tellez Berrios
Vuxenhabiliteringen, Malmö
ann-christin.tellezberrios@skane.se

Handledare vid FoU-enheten: Forsknings- och utvecklingsledare,
Med vet, leg logoped Pernille Holck
FoU-enheten, Region Skåne

Utgivning: September 2012

ISBN: 978-91-7261-241-9

Layout: Ulla Götesson

FoU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom vår förvaltning. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information.

Läs mer på vår hemsida www.skane.se/habilitering/fou

© Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne

Sammanfattning

I gruppen vuxna personer med utvecklingsstörning och rörelsehinder har det erfarenhetsmässigt visat sig att övervikt är ett vanligt förekommande fenomen. I detta projekt har ett tvärprofessionellt arbetssätt med inriktning på några viktiga komponenter för att uppnå viktninskning utprovats. Dessa komponenter är kost, motion, glädje, livsinställning och KBT. Deltagarna var fyra rullstolsburna kvinnor med utvecklingsstörning och ett BMI på över 28 enheter. Även deras nätverk, i form av föräldrar eller personal, medverkade i vissa delar av projektet. I projektet fanns det tre interventionsspår, ett matlagningsspår, ett KBT-spår och ett spår med fysisk träning. Totalt omfattade projektet 32 träffar, individuellt och i grupp. Resultaten visade att tre av de fyra deltagarna vid projekttidens slut hade gått ner i vikt. Samtliga hade minskat sina övriga mått, dvs. midja, höfter och byst. En utvärdering gjordes också, och svaren på denna var till övervägande del positiva. Avslutningsvis kan konstateras att samtliga delar av projektet var viktiga för att uppnå en viktninskning med ett mer varaktigt resultat, även om KBT som metod inte visade sig vara tillämplig på deltagarna i detta projekt.

Innehållsförteckning

Förord	5
Inledning	6
Bakgrund	6
Fetma hos personer med utvecklingsstörning	7
Behandling av fetma hos personer utan utvecklingsstörning	8
KBT enligt Stahre	8
Familjeterapi	8
Behandling av fetma hos personer med utvecklingsstörning	9
Frågeställning/syfte	10
Metod	10
Deltagare	10
Medverkande personal	10
Genomförande	11
Resultat	17
Kvantitativa resultat	17
Övriga resultat	19
Utvärdering	20
Utvärdering - deltagare	20
Utvärdering - nätverk	21
Diskussion	23
Sammanfattning och implementering	25
Referenser	26
Bilaga 1	28
Bilaga 2	30

Förord

Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningens vision är att stärka ett gott liv utifrån egna val. Vi ska med professionella insatser göra livet mera möjligt för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av rådande metoder och prövning av nya för att kontinuerligt förbättra kvaliteten i olika habiliteringsinsatser.

Forsknings- och utvecklingsenheten har ansvar för att driva och utveckla kunskap utifrån det kunskapsbehov som finns inom förvaltningen, allt i enlighet med uppdraget: utveckla ny kunskap inom habiliterings- och hjälpmedelsområdet, sprida kunskap om funktionsnedsättning, skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande, stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling.

Dessa olika delar i uppdraget kombineras i de forsknings- och utvecklingsarbeten som genomförs och redovisas som FoU-rapporter. De utgår från en frågeställning i praktiken, som relateras till aktuell forskning och erfarenhet och leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

För medarbetaren innebär arbetet en utveckling av det kritiska tänkandet. Den praktiska erfarenheten värderas gentemot generell kunskap/forskning och förståelsen för praktiken växer. För kunskapsområdet habilitering, rehabilitering och hjälpmedel innebär varje rapport ett bidrag till evidensbaserad praktik.

Karusellprojektet har satt fokus på och belyst problematiken när det gäller fetma hos en brukargrupp som finns inom Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) och som det sällan talas om i detta sammanhang, nämligen vuxna personer med utvecklingsstörning och rörelsehinder. Detta projekt visar på ett sätt att arbeta tvärprofessionellt med denna problematik inom Vuxenhabiliteringen. Aktiva i arbetet har varit sjukgymnasterna Jenny Björkman och Carina Lindén, psykologen Susanne Fejne och arbetsterapeuten Ann-Christin Tellez Berrios vid Vuxenhabiliteringen i Malmö, Habilitering & Hjälpmedel (H&H). Projektet har presenterats vid den nationella Vuxenhabiliteringskonferensen i Göteborg september 2011.Handledare har varit logoped och med dr Pernille Holck, forsknings- och utvecklingsledare vid FoU-enheten H&H.

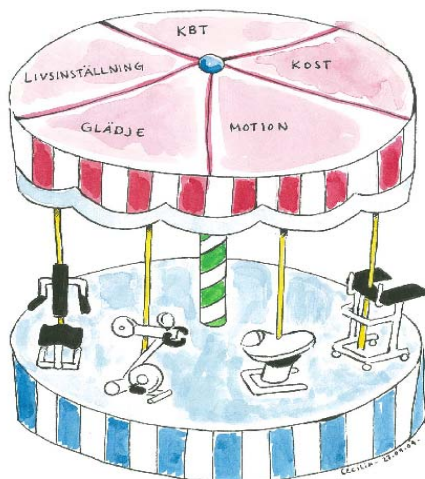
Malmö i september 2012

Kerstin Liljedahl
Leg psykolog, fil dr
Forsknings- och utvecklingschef

Inledning

I vårt arbete på vuxenhabiliteringen i Malmö träffar vi varje vecka överviktiga rullstolsburna personer. Detta problem har speciellt uppmärksammats av de sjukgymnaster som varit delaktiga i projektet. Under en längre tid diskuterades hur man skulle kunna angripa problemet med övervikt. Enbart träning ger inte viktminskning hos dessa personer på grund av deras fysiska begränsningar.

Vår tanke blev att starta ett projekt som vänder sig till överviktiga rullstolsburna personer. Vi valde att kalla det "Karusellprojektet" (se bild nedan). Idén med karusellen är att man kan "åka runt" och få uppleva nya perspektiv på *kost* och *motion* som skulle kunna leda till en förändrad *livsinställning*, vilket är en förutsättning för varaktig viktnedgång. Vi tänkte också att *KBT* kunde vara en lämplig metod för att uppnå detta. Slutligen ville vi att det skulle bli en *glädjefull* upplevelse för deltagarna.



Figur 1. Bilden visar symbolen för projektet, en gammaldags karusell där hästarna bytts ut mot träningsredskap. De olika fälten i karusellens tak symboliserar de olika delar som ingick i projektet.

Bakgrund

WHO har klassificerat fetma som en världsomspännande epidemi (WHO 1997, citerat i Stahre, Tärnell, Håkansson & Hällström 2007). Fetma börjar också bli ett stort hälsoproblem i Sverige. Andelen feta personer har fördubblats sedan början av 1990-talet (SBU-rapport 2002). Fetma påverkar både livskvalitet och hälsa negativt. Därför har åtgärdsprogram tagits fram både på nationell och på regional nivå. Exempelvis beslutade regeringen 2003 att ge jordbruksdepartementet i uppdrag att ta fram underlag för handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen (Jordbruksdepartementet promemoria 2003).

Malmö stad har arbetat fram en egen strategi för att förebygga övervikt och fetma hos barn. Målsättningen är också att uppnå en jämställd hälsa med lika villkor för hela befolkningen (Strategi Malmö Stad 2009-2016). När det gäller vuxna går det inte att finna något liknade strategidokument.

Vid projektets start togs kontakt med Skånes Universitetssjukhus i Malmö där det finns en överviktsenhet där man behandlar övervikt hos vuxna. I behandlingen ingår bl.a. gruppsamtal. Ledare för grupperna är en dietist. Vid överviktsenheten har man inte arbetat med personer med utvecklingsstörning och man planerar inte heller att vända sig till denna målgrupp.

Fetma hos personer med utvecklingsstörning

Sökningar i PsycInfo på sökorden *intellectual disability*, *obesity*, *adult* visade att det finns en del studier på förekomsten av fetma hos personer med utvecklingsstörning, främst i USA och Storbritannien, men det finns få svenska studier. Det mesta av forskningen visar att hälsa, som kan relateras till livsstil, är sämre hos vuxna personer med utvecklingsstörning jämfört med befolkningen i övrigt (Bhaumik, Watson, Thorp, Tyrer & McGrother 2008). Dessutom lider en större andel av hjärt- och kärlsjukdomar och högt blodtryck, sjukdomar som till stor del beror på fetma. Forskning visar också på en högre total fettmassa, ökad abnorm fettmassa och högre fasteinsulin hos en grupp äldre tonåringar med utvecklingsstörning jämfört med tonåringar utan utvecklingsstörning (Flygare Wallén, Myllersdorf, Christensson, Malm, Ekblom & Marcus 2009). Eftersom denna tendens också visat sig hos vuxna så kan man anta att hela målgruppen har sämre hälsostatus än befolkningen i övrigt, vilket är förenat med stora hälsorisker (Noonan Walsh, Kerr & van Schrojenstein Lantman-de Valk 2003).

Vuxna personer med lindrig utvecklingsstörning har ofta en lägre socio-ekonomisk status än befolkningen i övrigt. Det finns en överrepresentation av fetma och övervikt, ohälsosamma matvanor och inaktiv livsstil hos personer med lägre socio-ekonomisk tillhörighet jämfört med populationen i övrigt. Dock gjordes den ovan nämnda studien på tonåringar från samma socio-ekonomiska område, och visade trots detta på skillnader mellan gruppen med och utan utvecklingsstörning (Flygare Wallén m.fl. 2009). Rimmer och Yamaki (2006) har undersökt fetma hos vuxna i USA, men refererar även till europeisk forskning i sin artikel. Enligt deras sammanställning är personer som bor hemma i sina familjer eller lever själva mer överviktiga än de som bor i kommunala boenden. Deras slutsats är att fetma är väl så vanligt bland personer med utvecklingsstörning som hos befolkningen i övrigt, men att vissa undergrupper som t.ex. kvinnor och personer med Downs syndrom har störst problem med fetma.

Rimmer och Yamaki (2006) menar också att ansträngningar att minska fetma hos personer med utvecklingsstörning skall ges högsta prioritet både när det gäller forskning och behandling. En liknande slutsats drar Bhaumik et al. (2008). Även deras forskning visar att fetma är vanligare bland personer med utvecklingsstörning än generellt hos befolkningen. De fann även att kvinnor löpte tre gånger så stor risk att bli överviktiga som män. I motsats till kvinnorna var en högre andel män underviktiga jämfört med män i allmänhet. Vuxna personer med utvecklingsstörning som är fysiskt aktiva har signifikant lägre blodtryck än icke aktiva

personer (Beange, McElduff & Baker 1995; Rimmer & Yamaki 2006). Detta visar att förändring av livsstil kan leda till positiva hälsovinster även hos personer med utvecklingsstörning (Flygare Wallén m.fl. 2009).

Behandling av fetma hos personer utan utvecklingsstörning

Resultaten för långsiktig behandling vid fetma är nedslående förutom då det gäller kirurgisk behandling. Personer som gått ner i vikt under behandlingstiden har ofta återfått sin ursprungliga vikt efter ett år. De vanligaste behandlingsmetoderna har dietföreskrifter och träning som huvudingredienser och har visat sig vara mindre verksamma (Stahre & Hällström 2005). De behandlingsprogram som används är ofta långvariga och sträcker sig från ett till flera år. KBT kombinerat med fysisk aktivitet har däremot visat sig ge bestående viktnedgång (Stahre & Hällström 2005; Stahre m.fl. 2007).

KBT enligt Stahre

Stahre har utvecklat ett behandlingsprogram för viktminskning. Behandlingen omfattar 20-30 timmar fördelade på ett tillfälle i veckan under 10 veckor. En viktminskning på 5-10 % ger nyttiga förändringar avseende hälsofaktorer, och en lyckad viktminskning definieras enligt Royal College of Physicians (citerad i Stahre m. fl. 2007) som 5 % av den initiala vikten. I artikeln av Stahre m.fl. beskrivs 5 % viktminskning hos 46 % av deltagarna som ett bra resultat. Resultaten visar också att en uppföljning vore värdefull efter ett år (Stahre m.fl. 2007).

Programmets syfte är att ge deltagarna kunskap om orsaker till sitt felaktiga ätbeteende, samt verktyg till att påverka och förändra dessa orsaker. Kunskap om orsaker förväntas patienten få genom att identifiera sambandet mellan vardags-händelser hemma eller på jobbet, tankar/ förhållningssätt till dessa situationer och de negativa känslor som bidrar till kontrollförlust av ätandet. Syftet är att patienten skall bli medveten om alternativa förhållningssätt och att denna kunskap skall leda till en förmåga att förändra de negativa känslor som kan leda till brist på kontroll med resultatet att man äter för mycket. Efter varje lektion får deltagarna hemuppgifter som anknyter till innehållet i lektionen (Stahre & Hällström 2005).

Stahre och Hällström (2005) refererar till Foreyt och Goodrick (1994), som menar att den vanligaste orsaken till att man äter för mycket är stress. Därför behöver patienterna enligt författarna lära sig avslappning och stresshantering. Andra viktiga områden är självkontroll, fysisk aktivitet, självreflektion, socialt stöd och positiva coping-strategier.

Familjeterapi

Ett annat behandlingsupplägg beskrivs av Flodmark och Olsson (2008). Deras forskning har fokus på barn och ungdomar med övervikt och utgår från ett familjeperspektiv. De har funnit att det i familjer med övervikt finns en tendens att acceptera övervikt, och att föräldrarna kan oroa sig för att de skadar barnet om de diskuterar viktkontroll och förändrad mathållning. Dock kan barnet vara mycket motiverat till en viktminskning utifrån de problem som övervikt kan orsaka exempelvis när det gäller att hitta lämpliga kläder. Barnet är emellertid mycket beroende av föräldrarna när det gäller vilken mat som köps in och serveras.

I den behandlingsmodell författarna använder varierar antalet träffar mellan fyra till sex gånger och två till fyra gånger per år under cirka två år. Man använde en lösningsinriktad behandlingsmetod, solution-based brief therapy, utarbetad bl.a. av de Shazer (1991). I författarnas forskning visar det sig att familjeterapi är 40 % mer effektiv än konventionell behandling. De menar också att för att optimera programmet behövs ett multidisciplinärt team som stöd till barnläkaren.

Behandlingen består av olika steg. Första steget är att identifiera effektiva råd när det gäller lämplig motion och vad som är lämpligt att äta. Matvanorna har stor betydelse och konsumtionen av sötsaker och mat med låg kvalitet liksom överkonsumtion fr.a. av snacks är positivt korrelerad med övervikt. När det gäller motion har det visat sig att 155-180 minuters träning/vecka med moderat till hög intensitet leder till reduktion av kroppsfett även om det inte sker någon direkt viktminskning.

Det andra steget handlar om en förändrad livsstil. Forskarna utgår från hypotesen att intervention i familjesystemet har större påverkan på barnet/ungdomen än individuell vägledning, oberoende av om man anser att familjesystemet är dysfunktionellt eller inte.

Familjeterapi har tidigare visat goda behandlingsresultat när det gäller beteende och emotionella störningar hos barn. Även när det gäller reduktion av fetma hos barn visar Flodmark och Olssons forskning på att familjeterapi är en bra metod. De fann i sin studie att graden av fetma hos feta barn och tonåringar minskade generellt och att självförtroendet ökade till följd av lågintensiv terapi som gavs av ett multidisciplinärt team (Flodmark & Olsson 2008; Nowicka, Pietrobelli & Flodmark 2007).

Behandling av fetma hos personer med utvecklingsstörning

Det finns ett fåtal studier som har tittat på hur effektiva interventioner som syftar till viktminskning är när det gäller personer med utvecklingsstörning. Detta gäller även där interventionerna riktats mot nätverket. De få som finns indikerar dock att nätverket behöver involveras (Chapman, Cavel & Chadwick 2005; Bhaumik m.fl. 2008). I de fall nätverket inte vill eller kan medverka i behandlingsprogrammet finns stor risk att behandlingen inte lyckas. Zoppo och Asteria (2008) redovisar ett behandlingsupplägg som bygger på familjens medverkan och där den huvudsakliga interventionen är en dietföreskrift. De brukare som inte hade stöd av familjen visade ingen förändring vid slutet av behandlingstiden, medan de där föräldrarna var engagerade fick en signifikant viktminskning. Man fann även en stark korrelation mellan föräldrarnas engagemang och graden av viktminskning.

Geller och Crowley (2009) redovisar en annan behandlingsmodell. De hade tidigare arbetat med empowerment-grupper med personer utan utvecklingsstörning. De prövade en modifierad modell av empowerment, dvs. att stärka individens möjlighet att bli mer självständig, i arbetet med vuxna personer med utvecklingsstörning. Denna modell har mer fokus på att reducera stress och ensamhet genom empowerment av deltagarna än mer traditionella program med utbildningsinsatser och fysiska träningsprogram. Gruppträffarna innehöll till att börja med aktiviteter som syftade till att ge en känsla av empowerment genom att stimulera till

samhörighet, känsla av att lyckas och känsla av egen betydelse. Många aktiviteter innehöll icke verbala uttryckssätt som att spela musik och spel, göra övningar till musik, göra en video med övningar till musik att använda hemma, matlagning och konstprojekt. Senare hade man fler avancerade aktiviteter som att skriva en hälsobok, planera en hälsosam lunch och följa upp initiativ som kom från deltagarna. Resultatet visar att kvinnor och deltagare med högre startvikt var de som tillgodogjorde sig behandlingen bäst. Förvånansvärt nog tycktes inte nivån av utvecklingsstörning eller hur de medverkande personerna bodde vara någon faktor som var avgörande när det gällde viktninskning. Data visar också att personer med grav utvecklingsstörning hade mest nytta av programmet. Vad detta berodde på har författarna ingen förklaring till (Geller & Crowley 2009).

Frågeställning/syfte

Syftet med projektet är att undersöka om tvärprofessionella insatser för en förändring av livsstil och synen på kost kan medföra en viktninskning hos rullstolsburna personer med utvecklingsstörning och övervikt. Ytterligare ett syfte är att undersöka hur deltagarna och nätverket upplevde insatserna.

Metod

Deltagare

En förfrågan om möjliga deltagare skickades till samtliga team inom Vuxenhabiliteringen i Sydvästra Skåne. Inklusionskriterierna för ett eventuellt deltagande var att man skulle ha en utvecklingsstörning, vara rullstolsburen samt ha ett Body Mass Index (BMI) på över 28 enheter. En inbjudan skickades ut till fem möjliga kandidater, varav fyra tackade ja till att medverka i projektet. Samtliga var kvinnor.

Tabell 1. Deltagardata vid projektets start

Deltagare	Ålder	Vikt	Längd	BMI	Midja
1.	38	108.4	152	46.9	127
2.	21	74.4	158	29.8	100
3.	36	78.2	155	32.5	94
4.	23	74.4	151	32.6	92

Tre av deltagarna bor i föräldrahemmet. En deltagare hade eget boende med assistenter. Nätverket kring deltagarna, bestående av anhöriga, assistenter samt personal i daglig verksamhet, inbjöds till ett introduktionsmöte, en dietistföreläsning samt till matlagningstillfällena.

Medverkande personal

Den personal som deltog i projektet från vuxenhabiliteringen var en arbetsterapeut, en läkare, en psykolog samt tre sjukgymnaster. Då projektet påbörjades var sjukgymnasterna till antalet två, men utökades efter en tid till tre pga. att den praktiska behandlingen krävde detta, trots att även medföljande assistenter/ boendepersonal i viss mån deltog vid behandlingar. Som externa resurser anlätades en dietist samt Prenet, ett företag som arbetar med viktninskningprogram.

Genomförande

I projektet fanns det tre spår; ett matlagningsspår, ett KBT-spår och ett spår med fysisk träning. Projektet startade med ett introduktionsmöte för deltagare och deras nätverk i november 2009. På mötet presenterades också idén om en matdagbok. Detta innebar att deltagarna skulle fotografera all mat och dryck som intogs under ett dygn. Syftet var att tydliggöra deltagarnas kostvanor. Även gruppleddarna gjorde varsin matdagbok, detta för att avdramatisera uppgiften. Nedan beskrivs de olika yrkesgruppernas och Prenets insatser närmare.

Arbetsterapeutens roll var att inspirera till en förändrad kosthållning genom att ge förslag på nya maträtter med nyttiga ingredienser. Dessa tillagades gemensamt i ett träningskök. Matlagningen genomfördes tillsammans med deltagarna och deras nätverk. Syftet med att laga mat tillsammans var att ge inspiration till god och näringsrik kost.

Inledningsvis var GI-metoden utgångspunkt för matlagningen. Dietisten menade emellertid att forskning har visat att en kalorinål diet är att föredra om man vill gå ner i vikt för att sedan kunna fortsätta med samma mathållning, då det handlar om att förändra sin livsstil.

Arbetsterapeuten sökte i ett stort antal kokböcker och mattidningar för att hitta recept som motsvarade kravet ”goda maträtter som innehåller nya eller mindre kända ingredienser, och som stannar länge i magen”. Maten skulle vara lättlagad och ha kort tillagningstid. Ingredienserna skulle företrädesvis kunna inhandlas i större mataffärer.

Inför varje matlagningstillfälle provlagades maten. Arbetsterapeuten ansvarade för urvalet av recept men inhämtade även synpunkter från övriga personalgrupper. Vid urvalet av recept och antalet maträtter togs hänsyn till deltagarnas förmågor och kökets utformning.

Det träningskök vi fick möjlighet att använda på överviktsenheten på sjukhuset i Malmö var inte anpassat för personer med rörelsehinder, och saknade knäfritt utrymme under vask och spis. Ugnen var inte heller i lämplig höjd. Detta var faktorer som påverkade deltagarnas förutsättningar att delta på ett självständigt sätt till det sämre. Borden i matsalen användes när knäfritt utrymme var nödvändigt, t.ex. vid hackning av grönsaker och hopblandning av ingredienser.

Vid varje matlagningstillfälle arbetade arbetsterapeuten tillsammans med ytterligare en person från personalgruppen. Deltagarna tog ansvar för en maträtt tillsammans med en nätverksperson. Det blev totalt fyra matlagningstillfällen, och varje tillfälle var tre timmar långt.

Vid första tillfället tillreddes olika mellanmål, och det lagades till soppor, snittar och juice på frukter. Andra tillfället hade temat frukost. Müsli, gröt och hälsobullar med lämpligt pålägg gjordes. Tredje och fjärde tillfället hade huvudmål som tema. Då lagades det matiga sallader, soppa och en köträtt med sallad. Till huvudmålet lagades även dessert. Mycket omsorg lades på uppläggning av maten och dukning. Maten fotograferades för den receptpärm deltagarna senare fick.

Varje matlagningstillfälle avslutades med att alla tillsammans provsmakade de rätter som tillagats. Vid matbordet diskuterades smaker, vilken som var den godaste maträtten och om man kunde tänka sig att använda sig av recepten i framtiden. Vi pratade också om hur man hade upplevt att laga till maträtten, om den var lätt att tillaga, om det var lagom många delmoment mm. De nya ingredienserna diskuterades; hur smakade de, kunde man ändra smaksättningen av dem. Vi kunde också under trevliga former föra in vikten av att äta långsamt och att tugga maten ordentligt. Deltagarna och deras nätverk gav varandra tips om andra maträtter som de tyckte om och som hade liknande ingredienser. Frågor angående dietistens föreläsning kom upp och det gavs möjlighet att diskutera innehållet i denna på ett informellt sätt.

Läkare Vuxenhabiliteringens konsultläkare var med på upptaksmötet med uppgiften att kort tala om näringsfysiologi samt översyn av medicinering i ett senare skede vid eventuell kraftig viktneidgång.

Psykolog Grunden för psykologinsatsen utgjordes av KBT-metoden, i syfte att med hjälp av KBT kunna påverka tankesätt och beteende när det gäller kost. Tanken var att försöka använda metoden i grupp så som den beskrivs av Stahre (2007). Fokus i Stahres program är att det inte är *vad* man äter som är viktigt utan *varför*. Som tidigare nämnts räcker det därför inte att brukaren är motiverad, utan det krävs att även personerna i nätverket engagerar sig och vid behov arbetar med de känslor som brukaren väcker hos dem. Därför träffade psykologen personer ur nätverket dels vid den inledande individuella kontakten och dels vid gruppträffar med nätverket, då deltagaren ibland var med och ibland inte.

Inledningen på psykologens kontakt med deltagarna var ett enskilt första samtal tillsammans med någon ur deltagarens nätverk. Vid detta samtal låg fokus på *orsaken till övervikten* och *varför en viktminskning* var viktig. Dessutom gjordes en *handlingsplan* för viktminskningen.

Orsaken till övervikten Första samtalet inleddes med att prata om när deltagaren blev överviktig och vad som kunde ha orsakat detta. En deltagare beskrev att hon inte kände när hon var mätt och därför åt mer än hon behövde. Två deltagare beskrev att de åt för fort och därför inte kunde känna när de var mätta. I ett fall hade den anhöriga svårt att sätta gränser för deltagarens ätande, och gav större portioner än vad som var nyttigt och anpassade inte heller innehållet till deltagarens behov utan gav för kaloririk mat. För några deltagare handlade det om att de rörde sig mindre när de blivit äldre och att de anhöriga inte heller varit så aktiva i att driva på dem. Dessutom tillgodoser många dagcenter inte brukarnas rörelsebehov och serverar inte heller så hälsosam mat. En deltagare och en anhörig tar upp att det även kan finnas känslomässiga orsaker till ett överätande. Deltagaren i fråga hade lagt märke till att hon åt när hon kände sig ensam, uttråkad, ledsen eller arg.

Varför viktminskning En annan fråga som togs upp var varför deltagarna ville gå ner i vikt och vilken målsättning de hade. För två av deltagarna var det de anhöriga som var angelägna om att deltagaren skulle minska i vikt. I det ena fallet handlade det om att den anhöriga nästan inte orkade lyfta deltagaren eftersom

hon blivit så tung, vilket begränsade familjens rörlighet. Det fanns hos de båda deltagarnas anhöriga en oro för hälsan, med tanke på att en fortsatt viktökning skulle kunna innebära stora hälsorisker. Två deltagare uttryckte att de ville minska i vikt både av medicinska och utseendemässiga skäl.

Handlingsplan för viktminskning En diskussion fördes också med deltagarna och deras anhöriga om hur de skulle gå till väga för att uppnå en viktnedgång. Några tänkte att det skulle hjälpa att äta långsammare så de kände när de var mätta. Detta kunde uppnås genom att bestämma att måltiden skulle ta minst 30 minuter. En deltagare menade att om hon lade ner gaffeln efter en liten stunds ätande, tog några djupa andetag och försökte slappna av efter varje tugga så skulle måltiden bli lugnare. En annan deltagare började lyssna mer på vad andra runt bordet pratade om och kunde då släppa sin mathets. Ytterligare en deltagare ville hitta andra strategier att lugna sig och lära sig hantera sina starka negativa känslor på ett bättre sätt. Hon kom själv med några förslag, och vid fortsatta samtal arbetade hon och psykologen vidare på detta tema. Denna deltagares anhöriga menade att förlusten av en nära anhörig hade lett till att både hon och hennes dotter tröstätit. En anhörig ansåg att viktproblemet skulle kunna hanteras bättre om de fick mer konkret information om hur de skulle göra för att åtgärda detta, och en annan anhörig hade gjort upp en handlingsplan som innebar att deltagaren skulle få mindre portioner, att det skulle gå längre tid mellan måltiderna och att det skulle serveras nyttigare mat.

Tjejgruppen var tänkt som ett stöd för deltagarna där de kunde prata om känslor, svårigheter och glädjeämnen som de upplevde under projektets gång. Bakom detta upplägg fanns också tanken att en orsak till att man tröstäter kan vara starka känslor både av negativ och av positiv karaktär. Tjejgruppen träffades vid fem tillfällen, en timme per gång. Eftersom en deltagare reste ett par mil för att komma till gruppen var det lämpligast att denna låg samma dag som grupp-gymnastiken, vilket försvårade schemalaggningsen. Deltagarna valde enhälligt att inte ha med någon ur sina respektive nätverk vid tjejträffarna. Vid alla träffar deltog förutom psykologen en av sjukgymnasterna, och vid två tillfällen deltog även en psykologstudent.

Från början hade psykologen planerat utifrån de lektionsförslag som Stahr (2007) beskriver, men mer anpassade till de aktuella deltagarnas situation. Detta innebar bl.a. att börja varje sammankomst med några nyckelfrågor som t.ex. "Vad har hänt? Beskriv händelser/situationer hemma eller på dagcentret som gjort att du känt obehag! Det kan vara att du känt dig ledsen, uttråkad, orolig, arg, ensam/övergiven eller besviken. Beskriv vad som hände. Kommer du ihåg hur du tänkte? Sa någon något som du inte tyckte om? Det som hänt, tror du att det fick dig att äta? Fick det dig att äta sådant som du bestämt dig för att du inte skulle äta eller åt du för mycket?" Från början var tanken att börja varje träff med avslappning. Eftersom grupp-gymnastiken, som var precis innan tjejgruppen, avslutades med avslappning så tränade vi dock detta endast någon enstaka gång.

- Första träffen handlade om vad de kommande tjejträffarna skulle ha för tema.
En deltagare vill prata om hur hon hade det på sin dagliga verksamhet, och också att hon blev så trött av gruppgymnastiken på tisdagen att hon inte orkade med resten av dagen på den dagliga verksamheten. En annan berättade att hon gått ner två kg och nu mådde mycket bättre och orkade vända sig själv. Ett annat tema som kom upp var hur avslappningen fungerar och hur det är bäst att ligga när man skall slappna av. Gruppledaren kom med förslaget att man kunde prata om känslor, eftersom känslor kan göra att man äter t.ex. för att döva negativa känslor eller starka positiva känslor. Deltagarna började då berätta om tillfällen då de blivit arga, så det visade sig att känslor engagerade alla deltagarna. Vi bestämde att vi skulle fortsätta prata om känslor de kommande gångerna, men om deltagarna kom på något annat som var viktigt för dem att prata om så kunde vi även prata om det. Vi bestämde också att vi skulle prata om känslan ”ilska” nästa träff eftersom den känslan kommit upp vid första träffen. Under träffen visade det sig att deltagarna hade svårt att invänta varandra och att de gärna pratade i mindre grupper med någon av gruppledarna.
- Till andra träffen hade psykologen förberett bilder som skulle illustrera personer och djur som såg arga ut. Vi lyssnade också på ett musikstycke som var tänkt att illustrera ”ilska”.

Frågor som diskuterades var:

- Hur vet man att man är arg?
- Var i kroppen känns det?
- Hur ser man på andra personer att de är arga?
- Vilken färg har arg?
- Hur gör man och hur betar man sig när man är arg?
- Blir man sugen på att äta för att lugna sig?

Det visade sig att känslan ilska engagerade deltagarna mycket, och aktivitetsnivån var hög. De kunde beskriva var i kroppen det kändes när de var rädda och hur de då betedde sig, liksom vad som gjorde dem arga. För att strukturera mötet användes ett litet stenhjärta. Den som hade hjärtat fick prata och de andra fick lyssna. Gruppledarna flyttade hjärtat till den som hade ordet, eftersom flera av deltagarna hade för stora funktionsnedsättningar för att själva ta och ge hjärtat till varandra. Psykologen ritade en schematisk bild av en kropp och deltagarna fick beskriva var i kroppen de kände att de var arga.

- De efterföljande träffarna följde ungefär samma struktur med bilder på den aktuella känslan, ett musikstycke som skulle tydliggöra känslan och samma frågor att diskutera som beskrevs ovan när det gällde ”ilska”. Den tredje träffen behandlades känslan ”rädd”, därefter ”glädje” och sist av känslorna behandlades ”oro”. Femte och sista gången ville deltagarna att vi skulle prata om de tre dietistföreläsningarna. Deltagarna var mycket nöjda med dessa föreläsningar och med dietistens bemötande.

Sjukgymnasternas insatser fokuserade på fysisk träning samt lustfyllda och motiverande aktiviteter. Deltagarna träffade sjukgymnasterna två gånger i veckan för fysisk träning. Syftet med sjukgymnastikträffarna var att träna tillsammans och uppleva något nytt, men framför allt att ha roligt och att ingå i en grupp. Det fanns även en förhoppning om att de nya upplevelserna skulle motivera deltagarna till fortsatt aktivitet på egen hand.

På måndagarna var träningen på vuxenhabiliteringen och på torsdagarna på Föreningen Idrott För Handikappade (FIFH). Antalet träffar på vuxenhabiliteringen var 17 och antalet träffar på FIFH var 15.

På vuxenhabiliteringen var träningen individuellt inriktad, dvs. var och en av deltagarna hade ett individuellt anpassat program med utrymme för variationer. På habiliteringen finns fullt utrustade träningslokaler som vi använde. Träningen inriktades på kondition, styrka, stabilitet, balans och rörlighet. Exempel på övningar var ben- och armcykling, gångträning i barr och gåstol, ridning på mekanisk häst, styrketräning för överkroppen med hjälp av maskiner samt theraband, ett slags träningsgummiband. Balansträning utfördes sittande på Bobathrulle. På airexmattor utlagda på golvet fick deltagarna utföra övningar såsom rullningar, sit-ups, bäckenlyft, styrketräningsövningar för nedre extremiteter och armhävningar. Passet avslutades med avslappning speciellt inriktad på andning. Ett annat syfte med avslappningen var att deltagarna skulle kunna använda sig av detta i samband med måltider för att kunna äta i en lugnare takt.

På torsdagarna då vi var på FIFH hallen ville vi att deltagarna skulle få prova olika sporter och spel. Deltagarna satt i sina rullstolar/elrullstolar under denna aktivitet pga. av att vi inte hade tillgång till lift. Vi höll till i en stor sal med gott om utrymme. Vid några tillfällen var vi i styrketräningsrummet och tränade. Deltagarna fick prova på bl.a. curling, bandy, boccia, stavgång (sittande), stationsträning, hinderbana, qigong, bowling samt diverse bollekar. Vid ett tillfälle under våren träffades vi på Bulltofta rekreationsområde för att ha "lägerliv". Deltagarna fick ta sig igenom en tipsrunda i kuperad terräng. Frågorna hade anknytning till innehållet i kursen. Vi avslutade med grillning av kycklingkorv.

Ett antal mätningar utfördes av sjukgymnasterna. Vid vägning användes en taklyftsvåg. Deltagarna var klädda men utan skor. Ett kilo drogs av, vilket beräknades motsvara vikten av luftskenke samt kläder. Förutom vikt mättes även byst, midja och höft med måttband. Mätningarna skedde vid sex tillfällen.

Dietistens huvudsakliga arbete bestod av att informera om kostens inverkan på kroppen och vikten. Tre föreläsningar genomfördes av en dietist från Överviktsenheten i Malmö. Dietisten började med att prata kring begreppet kalorier, och om hur mycket en normalviktig person som motionerar förbrukar i relation till en överviktig persons kaloriförbrukning. Hon belyste också hur även en relativt liten mängd extra kalorier, som är utöver de kalorier vi verkligen förbrukar per dygn, blir till övervikt på ett år.

Den modell dietisten beskrev för viktnedgång handlade om att förändra sin livsstil. Den viktigaste förändringen sker i vardagen. Det man kan förändra är vad man äter, när man äter och hur ofta och hur mycket man äter. Dietisten beskrev hur tallriksmodellen är tänkt och i samband med detta lämplig storlek på en portion. Hon berättade om betydelsen av att iaktta restriktivitet när det gäller kaloriintag genom att gå igenom lämplig kost utifrån innehåll av socker, mättat och omättat fett, olika mjölsorter och hur kroppen hanterade dessa födoämnen.

Uppföljning av dietistföreläsningar

Vid två tillfällen träffade psykologen och arbetsterapeuten deltagarnas nätverk för att följa upp de två första dietistföreläsningarna. Orsaken till detta var att dietisten vid första föreläsningen hade gett nätverket hemläxa. Hemläxan bestod i att med hjälp av en mall notera vad deltagaren drack och hur mycket fett hon använde på brödet. De skulle även registrera småätande och godisätande, notera hur mycket och vilken mat de åt, storleken på portionen samt antal portioner. Även måltidsordningen skulle registreras.

Den andra delen av uppgiften bestod i att utifrån en likartad mall bestämma sig för vad man kunde tänka sig att förändra i sitt födointag. Det var alltså för att tydliggöra denna hemuppgift som nätverken erbjöds träffar mellan dietistföreläsningarna. Tanken var även att ge utrymme för samtal om andra teman som kunde vara angelägna att ta upp då deltagarna inte var närvarande.

Första träffen var en genomgång och ett förtydligande av uppgiften tillsammans med nätverket. Andra träffen redovisade personerna ur nätverket resultatet av registreringarna. Då togs också upp vad deltagarna förmedlat till assistenterna eller anhöriga vad de kunde tänkas vara beredda att ändra på.

Prenet Mätningarna av den procentuella andelen muskler, fett samt vätska i kroppen sköttes av Prenet. Metoden kallas BIA, vilket står för Body Impedance Analysis. Två mätningar utfördes, en i början och en mot slutet av projektet. Deltagarna mättes ryggliggande med elektroder fästa vid höger hand- och fotled. Efter mätningstillfällena tolkades värdena vid ett möte tillsammans med personal från Prenet.

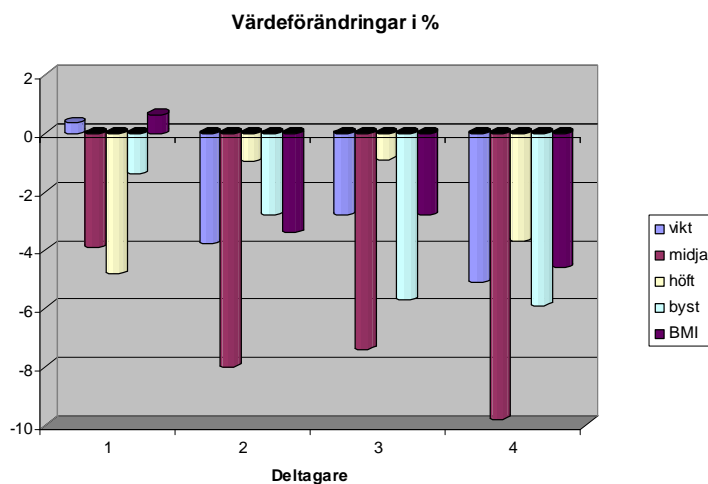
Julavslutning och projektavslutning

Inför juluppehållet samlades deltagare, delar av nätverket samt gruppleddare på FIFH-hallen för avslutning samt en lite nyttigare lunch. Den försenade kurslitteraturen kokboken "Klaras Hälsomat: 5 steg till ett friskare och smalare liv" (Desser 2009) delades ut till deltagarna. Projektet avslutades med en gemensam samling på vuxenhabiliteringen. Samtliga i projektet ombads ta med en maträtt eller en dessert, helst något nyttigt liknande det som tillagats under kursen. Dessa rätter utgjorde sedan en gemensam buffé. Teater TEAMUS, en teaterverksamhet inom daglig verksamhet, stod för underhållning i form av sång och musik. Deltagare och närvarande personer ur nätverket fick fylla i var sin utvärdering, en som riktade sig till deltagarna (bilaga 1) och en annan som riktade sig till nätverket (bilaga 2).

Resultat

Kvantitativa resultat

Tre av fyra deltagare har gått ner i vikt under projekttiden. Den fjärde deltagaren ökade till en början i vikt men började sedan gå ner. Vid projektets slut hade hon dock inte nått ner till sin utgångsvikt. Samtliga deltagare har minskat sina övriga mått, dvs. midja, höft och byst. BMI- värdena följer samma trend som vikten hos samtliga deltagare.



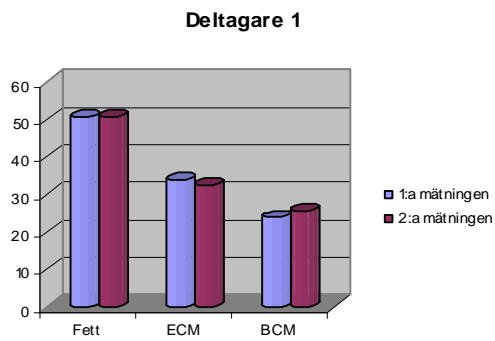
Figur 2. Värdeförändringar i % av värdena vid projektets start.

Figuren visar att deltagare 1 har minskat i omfång gällande midja, höft och byst men inte uppnått någon viktninskning sedan projektstarten. Det mått som minskat mest hos deltagare 1 är höftmättet. Hos deltagare 2, 3 och 4 är däremot höftmättet det som minskat minst. Istället är det midjemåttet som har visat störst omfångsminskning.

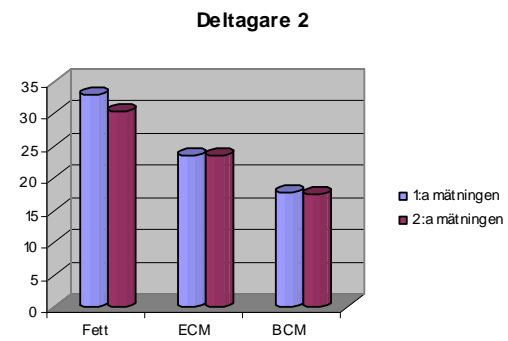
BIA

Det som mäts genom BIA är:

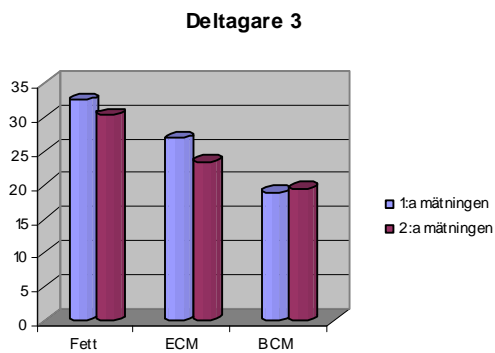
- Fett
- Extra cellular mass (ECM; den mängd kroppsvätska som inte innehåller några celler, t.ex. plasma och lymfa). Detta värde har vi valt att inte behandla vidare, då vi inriktar oss på fett och body cell mass (BCM) som har störst relevans för projektet.
- BCM utgörs av vikten av de inre organen samt musklerna.



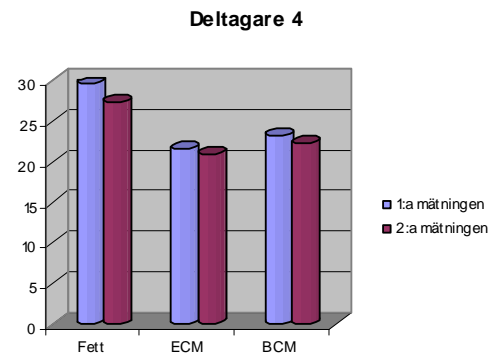
Figur 3. Deltagare 1: Värderna vid första och andra mättillfället.



Figur 4. Deltagare 2: Värderna vid första och andra mättillfället.



Figur 5. Deltagare 3: Värderna vid första och andra mättillfället.



Figur 6. Deltagare 4: Värderna vid första och andra mättillfället.

Figurerna visar att deltagare 1 inte minskat något vad gäller fettmängden. Däremot kan man se en liten ökning av BCM. Deltagare 2 och 4 har båda minskat i fett och BCM. Deltagare 3 har minskat i fett och ökat i BCM.

Övriga resultat

Matlagningsgruppens mål var att ge inspiration till förändrad kosthållning. Nätverket kring deltagarna har berättat om hur de förändrat frukostmålet och sina tankar om storlek på måltider. Någon har berättat att de använder recepten de fått och brett om fler nyttiga recept. Samarbetet med en av de dagliga verksamheterna har gjort att kosthållningen där har ändrats. Samtliga deltagare på just den dagliga verksamheten äter numera mindre portioner och nyttigare mellanmål.

Grupprocessen. Gruppen var mycket ojämn avseende deltagarnas kognitiva förmåga. Detta gjorde det stundtals svårt att få alla deltagare aktiva och engagerade. "Ilska" väckte dock allas engagemang och alla hade något att bidra med. När det gällde "oro" var spridningen större, från oro för hur man skulle klara studier på högskolenivå till att inte riktigt kunna beskriva saker man oroade sig för. Samma svårighet gällde diskussionen om det dietisten föreläst om. Även deltagarnas psykiska välbefinnande varierade. Några av deltagarna hade under perioder psykiska problem som yttrade sig i att de vägrade att prata och stundtals var mycket avvisande till kontakt.

Spridning till dagcenter. En av deltagarna önskade att hennes dagcenter skulle få mer information om projektet. Personalen på det aktuella dagcentret hade endast deltagit i projektet vid ett tillfälle. Från ett annat dagcenter där två brukare deltog var en personal närvarande vid samtliga tillfällen. Denna personal hade under projektets gång påverkat övrig personal på "sitt" dagcenter till att göra flera förändringar i syfte att hjälpa de aktuella brukarna och även andra på dagcentret att gå ner i vikt. Hon var ansvarig för köket och förändrade kosthållningen enligt dietistens direktiv. En av gruppledarna informerade tillsammans med henne övrig personal om projektet på ett morgonmöte. Gruppledaren berättade om projektets innehåll och den deltagande dagcenterpersonalen berättade om de förändringar man gjort på dagcentret.

Förändringarna handlade om att byta ut mellanmål mot mer nyttig mat, exempelvis fiberrik och mindre fet mat. Man begränsade även intag av kakor och storleken på brukarnas matportioner. Dessutom tog man bort brödet till middagen.

Utvärdering

Vid projektets slut delades utvärderingsblanketter ut, en variant till deltagarna och en annan till nätverket. Deltagarnas utvärderingsblankett (bilaga 1) innehåller tolv frågor som bygger på deltagarnas uppfattningar av kursen. Nätverkets utvärderingsblankett (bilaga 2) innehåller sex frågor som bygger på nätverkets uppfattning av kursen.

Utvärdering – deltagare

Frågorna handlar om hur deltagarna upplevt de olika programpunkterna (bilaga 1). På en 10-gradig skala, där 0 motsvarar den mest negativa upplevelsen och 10 den mest positiva upplevelsen, fick deltagarna sätta ett kryss. Samtliga fyra deltagare har besvarat utvärderingen.

Fråga 1. Grupp gymnastiken på FIFH hallen

Poäng: 10-10-10-5 (M=8,8)

Kommentarer: ”Roligt, lekfullt, fart, boll lek som ger mycket glädje”, ”Det var jättebra med bollspel, uppvärmningen och hinderbana”, ”Jag har tyckt att det var roligt och nyttigt och fått träffa andra kompisar och gjort nya övningar”, ”Det var stimmigt, det tycker jag inte om”.

Fråga 2. Grupp gymnastiken på Medeon

Poäng: 7-5-5-5 (M=5,5)

Kommentarer: ”Lite tråkig”, ”För lite sjukgymnaster”, ”Tyckte att det var för lite, hade velat ha ännu mer information”.

Fråga 3. Matlagningen

Poäng: 10-7-4-4 (M=6,3)

Kommentar: ”Lärorikt, goda recept”, ”Ovanliga smaker, bra recept också. Det var trevligt att tillsammans med flickor smaka resultatet”, ”Det har varit svårt att komma till och vara med till 100 %”.

Fråga 4. Tjejgruppen.

Poäng: 10-1-0-0 (M=3,7)

Kommentar: ”Bra möten”, ”Hade velat ha en fortsättning, har tyckt det var skönt att få prata ut i gruppen”, ”Det var ingenting för mej”, ”Jag deltar inte”.

Fråga 5. Dietistföreläsningarna.

Poäng: 10-10-10-10 (M=10)

Kommentar: ”Det var lätt att förstå, vad sa dietisten. Jag lärde mej”, ”Lärorikt”, ”Hon var bra som föreläsare, bra och rolig att lyssna på”.

Fråga 6. Prenet-mätningen och genomgången av denna

Poäng: 10-10-10-0 (M=7,5)

Kommentar: ”Det var mycket bra samtal med henne. Hennes uppmuntrande och tipsande vad jag ska äta, speciellt kvällen”, ”Lärorikt”, ”Det gav mej ingenting”.

Fråga 7. Har projektet hjälpt dej? På vilket sätt?

Samtliga svarade ja.

Kommentar: ”Äta mindre portioner, jag försöker tugga mer maten, och äta sakta-re”, ”Med att äta rätt”, ”Min mat ångest har försvunnit, jag tycker det är kul att träna. Har fått en annan syn att tänka på mat”, ”Jag har fått reda på en massa saker jag inte visste innan” .

Fråga 8. Har något blivit lättare i vardagen sedan du började i karusellprojek-tet?

Svar: ”Det är svårt att säga”, ”Ja”, ”Jag kan röra mej bättre då jag gått ner i vikt”, ” Veta vad jag ska äta och hur mycket jag ska äta” .

Fråga 9. Har du känt någon förändring i kroppen sedan du började i karusell-projektet?

Svar: ”Inte mycket”, ” Känner mig lättare”, ”Ja. Jag orkar mer och är inte så trött”, ”Magen har blivit mindre, bättre kondition”.

Fråga 10. Har du haft roligt?

Samtliga svarade ja.

Fråga 11. Vad skulle kunna bli bättre?

Svar: ”Jag säger tack! – att ni har gjort mycket och bra för mig!”, ”Mer träning, Bulltofta”, ”Mer personal så man hade fått den hjälp man behövt” .

Fråga 12. Tror du att din vikt har förändrats om 6 månader? Om ja, på vilket sätt?

Samtliga svarar ja.

Svar: ”Jag hoppas att vikten minskar”, ”Fortsätter på med att äta rätt”, ”Jag tror att jag gått upp i vikt för att jag inte rör mig lika mycket”, ”Jag har gått ner”.

Utvärdering – nätverket

Från nätverket har sex personer besvarat blanketten (bilaga 2).

Fråga 1. Vad tycker du om följande yrkeskategoriers insatser i projektet? Vad var bra och mindre bra?

Sjukgymnast

Svar: ”Jättebra, har varit roligt, sjukgymnasten har gjort ett jättebra jobb, även om hon var själv i början, innan de blev två”, ”Sjukgymnasterna har varit duktiga och erfarna”, ”Mycket bra. Hon kan motivera att kämpa mer, även en ”smidig” spark till rätt håll”, ”Bra”, ”Har varit bra! Lite synd att det ibland varit lite perso-nal att hjälpa, men inget man kan rå över”, ”Blev lite för mycket på slutet för X”.

Arbetsterapeut

Svar: ”Trevlig och positiv och en extra plus med äventyrlig matlagning”, ”Arbetsterapeuten har tagit fram recept som varit lättlagade och goda”, ”Bra”, ”Trevligt med matlagningstiderna. Fick tips på bra recept”, ”Har varit bra”.

Psykolog

Svar: "Bra för deltagarna, då de fick tänka om och förstått varför dom gör som dom gör osv.", "Hon är säkert bra. Jag har träffat liten att jag skulle ha mer konkret uppfattning", "Jag skulle vilja att psykologen informerade mer om KBT", "Vet ej, har ej fungerat i vårt fall, men är väl bra del av ett viktminskningsprojekt", "Behövs säkert ibland men inte så ofta för vår del (i detta program alltså)".

Läkare

Svar: "Mindre bra (var nog inte med då)", "Jag fick höra fakta", "Svårt att svara på eftersom det bara var en gång hon var där", "Har enbart träffat henne en gång", "Bra information."

Fråga 2. Vad tycker du om dietistföreläsningarna?

Poäng: 10-10-10-10-8-8 (M=9,3)

Kommentar: "Mycket intressant, lite tankeställare", "Dietisten var saklig och kunde svara på våra frågor", "Det var ett trevligt sätt som hon berättat. Bra, enkel upplysning som mitt barn förstått också", "Tycker att det varit väldigt intressant och lärorikt", "Fick reda på en hel del som jag inte visste tidigare. Vi trivdes i denna avslappnade miljön. Vi fick dessutom fråga mycket. Och fick svar".

Fråga 3. Vad tycker du om Prenet-mätningen och genomgången av denna?

Poäng: 10-10-10-7-6-5 (M=8)

Kommentar: "Glad överraskning var att Prenet-representanten pratat direkt till min dotter. Det var mycket givande samtal", "Mätningen var intressant. Men jag tror inte riktigt på hennes sätt att gå ner i vikt. Skulle äta väldigt mycket!", "Säkert bra att veta sin fettmängd, men lite komplicerat för oss (kunde knappt förklara testresultatet när jag kom hem)".

Fråga 4. Tycker du att det varit för mycket, för lite eller lagom tid tillsammans med följande yrkeskategorier?

Sjukgymnast

Svar: "För lite", "Två ggr i veckan är perfekt", "Det har varit lagom att träna två ggr i veckan", "Lagom - som vi har vana vid!", "Lagom", "Lagom med tid, lite synd att det varit bara en, ibland två".

Arbetsterapeut

Svar: Fem svarade lagom och en svarade för lite.

Psykolog

Svar: "Behövs inte så mycket (har sin mormor)", "Vet ej", "Lagom", "För lite", "Lagom tid".

Läkare

Svar: "Vet inte om det behövs", "Lagom", "För lite", "Lagom", "För lite. Hade velat få ut mer information".

Fråga 5. Har projektet lett till att du har ändrat ditt arbetssätt? Om ja på vilket sätt?

Fyra svarade ja och två svarade nej.

Kommentar: ”Försöker att peppa mer, tänker på maten mer, tränar....”, ”Mer uppmärksam för portioner och säga ”NEJ”- det är lagom!”, ”Har fått mer på fötterna för att övertyga mina kollegor om vikten av att äta rätt och röra sig mer”, ”Försöker att tänka på att ge bättre mat, inte för lång tid mellan målen och ge mindre portioner. I den mån jag rör över”, ”Tänker mer på vad man äter. X har minskat 17 kg i vikt. Y har minskat 6 kg i vikt”. (X och Y står här för en deltagares pappa respektive mamma).

Fråga 6. Saknar du någon yrkesgrupp? Om ja, vilken?

Svar: Samtliga svarade nej på denna fråga.

Diskussion

Enligt Stahre m.fl. (2007) är en viktnedgång på 5 % hos 46 % av deltagarna ett lyckat resultat hos personer utan funktionsnedsättning. Karusell-projektets resultat visar en viktnedgång hos tre av fyra deltagare. Hos en av deltagarna uppgick viktnedgången till 5 %, hos övriga var nedgången mindre än 5 %. Även om deltagarna i det aktuella projektet är få är det intressant att relatera resultaten till Stahres gränser. Det är dock viktigt påpeka att dessa personer, i motsats till personerna i Stahre m.fl. studie, är rullstolsburna och i hög grad rörelsehindrade, samt att de till största delen av sin vardag är stillasittande.

En av insatserna i Karusellprojektet var KBT. Det visade sig att det endast var en av deltagarna som var motiverad för KBT-insatserna och som kunde tillgodöra sig dessa, och som dessutom hade förståelse för betydelsen av att själv ta ansvar för sin egen viktnedgång. Denna deltagare bodde själv med hjälp av personlig assistans. Hon var van vid att lita till sin egen förmåga och att själv påverka sitt liv. För henne var det viktigt att hitta verktyg och därmed kunna förändra sitt ätbeteende. Övriga deltagare litade helt på nätverkets förmåga, vilket gjorde att de själva inte tog aktiv del i att göra de efterfrågade förändringarna.

I detta projekt såg vi det som nödvändigt att involvera nätverket, då det när det gäller personer med utvecklingsstörning finns forskning som visar att nätverket behövs för att åstadkomma en förändring (t.ex. Zopper & Astreia 2008). Ett nätverk kan bestå av anhöriga, boendepersonal, assistenter, personal i daglig verksamhet, kontaktpersoner, ledsagare eller en kombination av flera av dessa, och troligen är det av betydelse vilken relation personen har till den eller dem som ingår i nätverket. T.ex. kan förhållandet till och synen på mat överföras till deltagaren från en anhörig som har tillgodosett honom/henne med näring stora delar av livet. Antalet personer som ingår i nätverket kan troligen också ha betydelse för vikten, på ett positivt eller negativt sätt. I detta sammanhang bör det påpekas att endast en liten del av de olika nätverken har varit involverade i projektet. De personer som var med från nätverken var aktiva när det gällde de konkreta programinslagen och föreläsningarna, men mindre intresserade av att arbeta med de psykologiska orsakerna bakom fetman hos ”sina” deltagare. Nätverken var också svåra att motivera till att träffas i grupp för prata om hur de såg på sin egen roll i

relation till brukarens övervikt. De menade att de med hjälp av de kunskaper de fått från dietisten och annan personal i projektet kunde och ville klara av det på egen hand.

Alla deltagare var således beroende av sitt nätverk när det gällde vad och när de åt, och för tre deltagare var det föräldrarna som var viktiga för omvårdnaden. Detta bidrog troligtvis till att dessa deltagare inte var motiverade till att arbeta med de nyckelfrågor som Stahre (2007) använder, t.ex. att beskriva situationer hemma eller på dagcentret där man känt obehag, eller när man känt sig ledsen, orolig och arg och konsekvensen blivit att man tröstätit. Frågan vilka känslor som kunde ge upphov till sug efter mat var svår att besvara för alla, då de hade svårt att se ett samband mellan känslor, tankar och det egna ätbeteendet. Endast en deltagare förknippade ätandet med negativa känslor. Denna person var också mest positiv till individuell psykologkontakt, där hon bl.a. tog upp detta tema. Nätverkens stora betydelse gör också att en eventuell livsstilsförändring kan vara sårbar, då delar av nätverket ständigt byts ut.

När det gäller deltagarnas utvärdering så bör denna troligtvis snarare ses som ett stickprov än som en sammanfattning av upplevelsen av hela projektet, detta pga. deltagarnas kognitiva svårigheter. Man kan dock se att dietistföreläsningarna och Prenets insatser fick höga poäng vid utvärderingen. Vidare kan man se att sjukgymnastiken på FIFH fick högre poäng än sjukgymnastiken på vuxenhabiliteringen. På frågan om deltagarna tyckte att projektet hade hjälpt svarade samtliga ja.

Majoriteten ur nätverket ansåg att intensiteten på sjukgymnastiken var lagom. Om projektet hade pågått under en längre period hade vi valt samma frekvens avseende sjukgymnastikträningen, men valt att planera vissa delar av projektinnehållet med längre mellanrum. Orsaken till detta är att vissa veckor var väldigt intensiva, samt att dessa intensiva veckor vid några tillfällen låg nära varandra i tiden.

Inför en eventuell upprepning eller fortsättning av projektet kan det konstateras att ytterligare förändringar skulle kunna göras. Det hade givetvis varit önskvärt med fler deltagare för att resultaten skulle kunna få mer tyngd, som det är nu får studien snarast ses som en fallstudie. En grundlig kartläggning av samtliga deltagare, där alla gruppmedlemmar är involverade, hade underlättat arbetet för de olika personalgrupperna. Som det nu var var personalens kunskap om deltagarna ojämn. Även om projektet var inriktat på personer som hade en utvecklingsstörning och var rullstolsburna hade det underlättat om gruppen varit mer homogen avseende både rörelseförmåga och kognitiv förmåga. En mer homogen grupp skulle kunna innebära ökad effektivitet samt fler och/eller mer avgränsade mätningssituationer.

Bristen på ett anpassat och tillräckligt stort kök ledde till att deltagarna behövde mer hjälp och stöd än de hade behövt om köket hade varit bättre anpassat. Troligen hade matlagningen blivit bättre och roligare om vi hade haft tillgång till ett mer anpassat kök.

Slutligen uppgick mätperioden i projektet endast till åtta månader. Då ett av målen med projektet var att deltagarna skulle göra en förändring av sin livsstil, kan det konstateras att tiden var för kort och att projektet borde ha innefattat en uppföljning efter en längre tidsperiod.

Samtliga deltagare har minskat i midja, höft- och bystomfång. En av deltagarna har dock ökat något i vikt vilket kan förklaras med ökad muskelmassa. Detta kan utläsas i Prenet-mätningen.

Sammanfattning och implementering

Det har under de senaste åren förekommit mycket forskning och tidningsartiklar om fetma hos befolkningen och det stora hälsoproblem detta utgör. Karusellprojektet har satt fokus på och belyst denna problematik för en brukargrupp som finns inom Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) och som det sällan talas om i dessa sammanhang, nämligen vuxna personer med utvecklingsstörning och rörelsehinder. Även forskningsmässig finns det litet att hämta när det gäller denna grupp. Flera av brukarna inom Vuxenhabiliteringen lider av övervikt, vilket uppmärksammas av flera av våra kolleger inom olika yrkesgrupper. Detta projekt visar på ett sätt att arbeta med denna problematik inom Vuxenhabiliteringen.

Arbetsättet har varit tvärprofessionellt, vilket har inneburit att flera delar av människan har fått plats och att problemet har kunnat angripas utifrån olika synvinklar. Detta har varit viktigt inte minst eftersom det inte handlar om bantning utan om en livsstilsförändring. Samtliga delar i projektet har varit viktiga för att uppnå viktminskning.

De olika delar som illustrationen i inledningen visade, nämligen kost, motion, glädje, livsinställning och KBT anser vi samtliga är viktiga komponenter för att uppnå viktminskning med ett mer varaktigt resultat. Alla delar är viktiga, men KBT som metod visade sig inte vara tillämplig på deltagarna i detta projekt. Tre av de fyra deltagarna uppnådde en viktneđgång. För att resultatet ska bestå måste ”karusellen fortsätta snurra”, så att den sundare livsinställningen kan kvarhållas.

Efter rapportens färdigställande kommer det att diskuteras i verksamheten hur resultaten ska ta tas tillvara, och om detta arbetsätt ska införlivas i verksamhetens ordinarie utbud. En diskussion bör också föras om arbetsättet kan vara aktuellt för andra brukargrupper. Vår förhoppning är att problemet med övervikt hos brukare skall uppmärksammas mer i fortsättningen och att fler än vi kommer att inspireras till att arbeta med detta på olika sätt.

Referenser

- Beange, H., McElduff, A. & Baker, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: a population study. *American Journal of Mental Retardation*, 99, 595-604.
- Bhaumik, S., Watson, J.M., Thorp, C.F. Tyrer, F. & McGrother, C.W. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population – based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(4), 287-298.
- Chapman M. J., Cavel, M. J. & Chadwick D. D. (2005). Fighting fit? An evaluation of health practitioner input to improve healthy living and reduce obesity for adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 131-44.
- De Shazer (1991). *Putting Difference to Work*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Desser, K. (2009). *Klaras hälsomat: 5 steg till ett friskare och smalare liv*. Stockholm: Norstedts.
- Disability Rights Commission (2006). *Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems*. London: Rights Commission.
- Flodmark, C-E. & Olsson, T. (2008). *Proceedings of the Nutrition society Childhood obesity: from nutrition to behaviour*, 67, 356-362.
- Flygare Wallén, E., Myllersdorf, M., Christensson, K., Malm, G., Ekblom, Ö. & Marcus, C. (2009). High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability. *Acta Paediatrica*, 98, 853-859.
- Foreyt, J. P & Goodrick, G. K. (1994). Attributes of successful approaches to weight loss and control. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 209-215.
- Geller, J. & Crowley, M. (2009). An Empowerment Group visit model as Treatment for Obesity in Developmentally Delayed Adults. *Journal of Developmental Physical Disability*, 21, 345-353.
- Jordbruksdepartementet, Regeringskansliet (2003). Promemoria ”Uppdrag att ta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen”.
- Malmö Stad: ”Strategi för att förebygga övervikt och fetma bland barn och unga i Malmö 2009-2016”.

Noonan Walsh, P., Kerr, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J. (2003). Health indicators for people with intellectual disabilities: A European perspective. *European Journal of Public Health, Suppl., 1 (13)*, 47-50.

Nowick, P., Pietrobelli, A. & Floodmark, C-E. (2007). Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. *International Journal of Pediatric Obesity, 2*, 211-217.

Rimmer, J.H. & Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews; 12*, 22–27.

SBU rapport "Fetma – problem och åtgärder, en systematisk litteraturöversikt", 2002.

Stahre, L. & Hällström, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating Weight Disorders, 10(1)*, 51-58.

Stahre, L., Tärnell, B., Håkanson, C-E. & Hällström, T. (2007). A Randomized Controlled Trial of Two Weight-Reducing Short-Term Group Treatment Program for Obesity With an 18-month Follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine, 14(1)*, 48-55.

Stahre, L., Kognitiv Behandling vid Övervikt och Fetma (2007). Studentlitteratur

WHO (1997). Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997.

Zopper, A. & Astreia, C. (2008). Obesity treatment and cardiovascular prevention in mentally retarded subjects. *International Journal of Obesity, 32*, 1034.

Utvärderingsblankett för Karusellprojektet

Vad har du tyckt om följande programpunkter ?

Gradera på en skala från 0 till 10, där 0 är att jag tyckte det var urdåligt och 10 är att jag tyckte det var jättebra.

Gruppgymnastiken?

På FIFH

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

På Medeon

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tyckte så.

Matlagningen?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Tjejgruppen?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Dietistföreläsningarna?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Prenet-mätningen och genomgången med Camilla?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Har projektet hjälpt Dej? Ja Nej

På vilket sätt?

Har något blivit lättare i vardagen sedan Du började i Karusellprojektet?

Har Du känt någon förändring i kroppen sedan Du började i Karusellprojektet?

Har Du haft roligt? Ja Nej

Vad skulle kunna bli bättre?

Tror Du att din vikt har förändrats om 6 mån?

Ja Nej

Om ja, på vilket sätt?

Utvärderingsblankett för Karusellprojektet

Vad tycker Du om följande yrkeskategoriers insatser i projektet?
Vad var bra och mindre bra?

Sjukgymnast:

Arbetsterapeut:

Psykolog:

Läkare:

Vad tycker Du om dietistföreläsningarna?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Vad tycker Du om Prenet-mätningen och genomgången av Camilla?

0.....5.....10

Berätta gärna varför Du tycker så.

Tycker Du att det varit för mycket, för lite eller lagom tid tillsammans med följande yrkeskategorier?

Sjukgymnast:

Arbetsterapeut:

Psykolog:

Läkare:

Har projektet lett till att Du har ändrat ditt arbetssätt? Ja Nej

Om ja, på vilket sätt?

Saknar Du någon yrkesgrupp? Ja Nej

Om ja vilken?
